

1. OBJETIVO DO SEGURO

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

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

1.3. **A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal:

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

Incluem-se, ainda, nesse conceito:

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

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforço Repetitivo – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido neste item.**

2.2. Aditivo:

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

2.3. Alteração de Casa:

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

2.4. Âmbito de Cobertura:

Significa abrangência da cobertura em determinado tipo de seguro.

2.5. Apólice:

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

2.6. Assistido:

É o próprio segurado ou beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado sob a forma de renda;

2.7. Aviso de Sinistro:

É a comunicação específica de um Sinistro, que o Estipulante, o Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do Evento Coberto, devendo ser realizada imediatamente após a ocorrência do Sinistro.

2.8. Beneficiário:

É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.9. Boa fé:

Um dos princípios básicos do seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do contrato e na determinação do significado dos compromissos assumidos. O Segurado se obriga a descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência de sinistro. A Seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o Segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes. Esse princípio obriga, igualmente, a Seguradora a evitar o uso de fórmulas ou interpretações que limitem sua responsabilidade perante o Segurado.

2.10. Capital Segurado:

É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

2.11. Câncer ou Neoplasia Maligna Primário:

É a doença neoplásica maligna, localizada em seu sítio inicial (primário).

2.12. Câncer ou Neoplasia Maligna in situ:

É a doença neoplásica maligna, restrita ao tecido superficial ou de revestimento, não ultrapassando a membrana basal do tecido afetado.

2.13. Carência (prazo de carência):

É o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

2.14. Carregamento:

É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

2.15. Certificado Individual:

É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação da proposta, da renovação do seguro ou da redução ou aumento dos valores referentes ao capital segurado ou prêmio.

2.16. Certificado de Seguro:

É o documento destinado ao subestipulante, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação da proposta de adesão e da renovação do seguro, que indica todas as condições especiais do seguro, incluindo, mas não limitando, a vigência do seguro, as coberturas contratadas com os respectivos valores de capitais segurados e prêmios.

2.17. Coberturas de Risco:

São as coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada. Denominadas nestas condições gerais de Garantias.

2.18. Condições Contratuais:

É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

2.19. Condições Gerais:

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

2.20. Condições Especiais:

É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura/garantia que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

2.21. Contrato:

É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

2.22. Consignante:

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

2.23. Corretor:

É a Pessoa Física ou Jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros. **O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**

2.24. Doença Preexistente:

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

2.25. Estipulante:

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

2.26. Evento Coberto:

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

2.27. Excedente Técnico:

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

2.28. Franquia:

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

2.29. Formulário de Aviso de Sinistro:

É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

2.30. Garantias:

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

2.31. Grupo Segurado:

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

2.32. Grupo Segurável:

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

2.33. IPC-A:

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

2.34. Incapacidade Temporária:

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

2.35. Indenização:

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

2.36. Início de Vigência:

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

2.37. Médico Assistente:

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

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

2.39. Migração de Apólices:

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

2.40. Modificação de Veículo:

Todas as alterações no veículo de uso particular do Segurado Principal que são necessárias para tornar o veículo acessível e que se torne fácil de ser guiado por ele.

2.41. Nota Técnica Atuarial:

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

2.42. Parâmetros Técnicos:

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

2.43. Período de Cobertura:

Aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

2.44. Prazo de Tolerância:

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

2.45. Prêmio:

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

2.46. Prêmio Comercial:

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

2.47. Prêmio Puro:

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

2.48. Proponente:

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

2.49. Proposta de adesão:

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

2.50. Proposta de Contratação:

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

2.51. Provisão Matemática de Benefícios Concedidos:

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

2.52. Reabilitação do Seguro:

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

2.53. Reintegração do Capital Segurado:

É a recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.

2.54. Renda:

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

2.55. Residência Habitual:

Residência onde o Segurado Principal more de forma habitual. Não são consideradas como residência habitual as casas de veraneio dele.

2.56. Riscos Excluídos:

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

2.57. Segurado:

Pessoa física que contratou o seguro.

2.58. Segurado Principal:

É o Segurado que mantém vínculo com o Estipulante.

2.59. Segurados Dependentes:

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

2.60. Seguradora:

É a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, que nos termos destas Condições Gerais é a ICATU SEGUROS S.A.

2.61. Sinistro:

A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

2.62. Subestipulante:

É pessoa física ou jurídica contratante do seguro junto ao estipulante e a seguradora, a qual fica investida dos poderes de representação dos segurados perante o estipulante e a seguradora, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.

2.63. Veículo Particular:

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

2.64. Vigência do Seguro:

É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

2.65. Vigência da Cobertura Individual:

É o período em que o Segurado está coberto pelas garantias deste seguro.

3. GARANTIAS DO SEGURO

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

3.2. As Garantias dos seguros, a seguir descritas, dividem-se em Básicas, Especiais e Suplementares:

3.2.1. **Garantias Básicas:** a contratação das garantias básicas deverá obedecer às conjugações

permitidas pela seguradora:

- a) Morte Natural ou Acidental; é a garantia do pagamento de uma indenização, caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais.
- b) Morte Acidental (MA): é a garantia de pagamento de uma indenização, em caso de morte do segurado decorrente de acidente pessoal coberto.
- c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): é a garantia do pagamento de uma indenização, relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto. É permitida a majoração da garantia de IPA de até 6 (seis) itens da tabela de cálculo da indenização constante nas condições especiais;
- d) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Local de Trabalho (IPAT): é a garantia do pagamento de uma indenização, relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, desde que tenha ocorrido no local de trabalho do segurado.
- e) Auxílio Funeral: é a garantia do pagamento de uma indenização corresponde ao valor do Capital Segurado contratado, a título de auxílio funeral, em caso de morte.
- f) Assistência Funeral: é a garantia do reembolso das despesas efetivamente gastas com o funeral do Segurado, até o valor do Capital contratado, em caso de morte.
- g) Auxílio Despesas: é a garantia do pagamento de uma indenização corresponde ao valor do Capital contratado, a título de auxílio despesa, em caso de morte.
- h) Auxílio Cesta Básica: é a garantia do pagamento da indenização de um Capital Segurado adicional ao da garantia de Morte, proporcionando ao Beneficiário a possibilidade de custear as despesas básicas de alimentação, em caso de morte.
- i) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): é a garantia do pagamento de uma indenização, relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva e total, virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto.
- j) Diária por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente Pessoal (DIT): a garantia do pagamento de diárias ao segurado titular, caso este venha a se afastar temporariamente do exercício de sua ocupação remunerada em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro. O valor da diária a ser indenizada deve ser compatível com a renda do segurado. O segurado fará jus a esta garantia se ficar total, contínuo e ininterruptamente, **por período temporário**, impossibilitado de exercer sua ocupação remunerada em caráter profissional durante o período em que se encontrar em tratamento médico, observados para cada evento o período indenitário, a franquia, a carência e o módulo ("1" ou "2") contratado, nos termos das condições especiais;
- k) Diária por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal (DIT-A): é a garantia do pagamento de diárias ao segurado titular, caso este venha a se afastar temporariamente do exercício de sua ocupação remunerada em decorrência de acidente pessoal coberto. O valor da diária a ser indenizada deve ser compatível com a renda do segurado. O segurado fará jus a esta garantia se ficar total, contínuo e ininterruptamente, **por período temporário**, impossibilitado de exercer sua ocupação remunerada em caráter profissional durante o período em que se encontrar em tratamento médico, observados para cada evento o período indenitário, a franquia, a carência e o módulo ("1" ou "2") contratado, nos termos das condições especiais;
- l) Doença Congênita de Filhos: é a garantia do pagamento de uma indenização relativa à garantia de Morte, no caso do filho do segurado nascer com doença congênita, nos termos das condições especiais.
- m) Verba Rescisória por Morte (VR): é a garantia do pagamento de uma indenização para o estipulante ou subestipulante, no valor do Capital Segurado contratado, em caso de morte do segurado, nos termos das condições especiais.
- n) Diagnóstico Definitivo de Doenças Graves (DG): é a garantia do pagamento de uma indenização ao segurado, no valor do capital segurado contratado, em decorrência de diagnóstico definitivo de doenças graves, nos termos das condições especiais.
- o) Despesas Médico, Hospitalares e Odontológicas (DMH): é a garantia do reembolso das

despesas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente, nos termos das condições especiais.

- p) Diária por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA): é a garantia do pagamento de um valor fixo diário, conforme definido no Certificado de Segurado, referente a cada dia de internação hospitalar, desde que esta hospitalização seja decorrente de acidente pessoal coberto e tenha iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente, nos termos das condições especiais.
- q) Diagnóstico Definitivo de Câncer Primário de Próstata e Testículo: é a garantia de uma indenização equivalente ao Capital Segurado contratado, em decorrência de diagnóstico definitivo de câncer de Próstata e Testículo, nos termos das Condições Especiais.
- r) Auxílio Medicamentos (AM): é a garantia do pagamento de uma indenização ou do reembolso das despesas efetuadas pelo Segurado com compra de medicamentos para seu tratamento, sob orientação médica, até o valor do Capital contratado, iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente, nos termos das condições especiais.
- s) Diagnóstico Definitivo de Câncer Primário de Mama e Ginecológico: é a garantia de uma indenização até o valor do Capital contratado, em decorrência de diagnóstico definitivo de câncer primário de mama ou ginecológico, nos termos das condições especiais.
- t) Diagnóstico de Câncer: é a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio Segurado até o valor do Capital contratado, em decorrência de diagnóstico de câncer maligno, nos termos das condições especiais.
- u) Alteração de Casa e/ou Modificação de Veículo: é a garantia do reembolso das despesas efetivamente gastas com a alteração da Residência Habitual do Segurado Principal e/ou em seu Veículo Particular, limitado ao valor do capital contratado, nos termos das condições especiais.
- v) Cesta Básica por Morte Natural ou Acidental (CB-MN): é a garantia do pagamento de uma indenização aos Beneficiário(s) em decorrência da morte por causa natural ou acidental do segurado, nos termos das condições especiais.
- w) Cesta Básica por Invalidez Permanente Total por Acidente (CB-IPTA): é a garantia do pagamento de uma indenização ao Segurado em decorrência da sua invalidez permanente total por acidente, nos termos das condições especiais.
- x) Auxílio Natalidade Reembolso (ANR): garante ao segurado, o reembolso das despesas diretamente vinculadas ao nascimento do(s) filho(s) do Segurado, a título de auxílio natalidade, em caso de filho(s) nascidos vivos, nos termos das condições especiais.
- y) Auxílio Natalidade (AN): Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, a título de auxílio natalidade, em caso de filho(s) nascidos vivos, nos termos das condições especiais.
- z) Auxílio Natalidade – Filhos Prematuros (ANPR): Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, a título de auxílio natalidade, em caso de filho(s) nascidos prematuros e vivos, nos termos das condições especiais.
- aa) Reembolso à Empresa das Despesas com Afastamento Laborativo por Acidente (REDAAL): garante o pagamento de uma indenização, ao empregado e/ou ao empregador, na ocorrência do afastamento laborativo do empregado por acidente, caso esse afastamento tenha dado origem ao benefício de auxílio-doença acidentário concedido por órgãos responsáveis, nos termos das condições especiais.
- bb) Sustentabilidade econômica temporária por afastamento acidentário (SETA): garante ao segurado o pagamento de indenização em caso de Perda de Renda, para Profissionais Liberais ou Autônomos, em consequência de acidente, nos termos das condições especiais.
- cc) Verbas Rescisórias por Incapacitação Permanente: garante ao Estipulante o pagamento de uma Indenização, a título de reembolso das despesas com pagamento de verbas rescisórias, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, em consequência exclusiva de Incapacitação Permanente do segurado seja decorrente da Invalidez por Doença – Funcional ou da Invalidez Permanente Total por Acidente.
- dd) Diária de Internação Hospitalar por acidente ou doença (DIH–AD): garante ao próprio segurado, o pagamento de indenização proporcional ao período da sua internação hospitalar,

em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, limitado ao número máximo de diárias estabelecido na apólice e/ou no certificado individual e/ou no contrato de seguro, observados o período de vigência da cobertura e os termos das condições especiais;

- ee) **Reembolso à Empresa das Despesas com Afastamento Laborativo por Acidente e Doença (REDAALD):** garante o pagamento de uma indenização, ao empregado e/ou ao empregador, na ocorrência do afastamento laborativo do empregado por acidente ou doença, caso esse afastamento tenha dado origem ao benefício de auxílio-doença acidentário concedido por órgãos responsáveis, nos termos das condições especiais.

3.2.2. Garantias Especiais: somente poderão ser contratadas conjuntamente com uma das garantias básicas:

- a) **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD):** é a antecipação do pagamento da indenização relativa à garantia básica de morte em caso de invalidez funcional permanente total, consequente de doença, nos termos das condições especiais.
- b) **Adiantamento por Doença Terminal (ADT):** é a antecipação do pagamento de um percentual da indenização relativa à garantia básica de morte, caso seja verificado o estado terminal de doença do segurado, nos termos das condições especiais.
- c) **Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença (ILPD):** é a antecipação do pagamento da indenização relativa à garantia básica de morte em caso de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença.
- d) **Despesas Médico, Hospitalares e Odontológicas – Adiantamento (DMH-A):** é a garantia da antecipação de um percentual da indenização relativa à garantia de Morte para reembolsar as despesas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente, nos termos das condições especiais.
- e) **Pagamento antecipado especial em caso de invalidez permanente total em decorrência de doença profissional (PAED):** é a antecipação do pagamento da indenização relativa à garantia básica de morte quando da caracterização de estado de Invalidez Definitiva por Consequência de Doença Profissional adquirida no ambiente profissional, nos termos das condições especiais.

3.2.3. Garantias Suplementares: somente poderão ser contratadas conjuntamente com uma das garantias básicas:

- a) **Inclusão Automática de Cônjuge – IAC,** inclui o cônjuge ou companheiro(a)s do Segurado Principal.
- b) **Inclusão Facultativa de Cônjuge – IFC,** inclui o cônjuge ou companheiro(a)s do Segurado Principal.
- c) **Inclusão Automática de Filhos – IAF,** inclui os filhos, enteados e menores dependentes do Segurado Principal.
- d) **Inclusão Facultativa de Filhos – IFF,** inclui os filhos, enteados e menores dependentes do Segurado Principal.
- e) **Inclusão Automática de Ascendentes – IAA,** inclui o pai e a mãe do Segurado Principal.
- f) **Inclusão Facultativa de Ascendentes – IFA,** inclui o pai e a mãe do Segurado Principal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- **do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- **de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;**
- **de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado, não**

declaradas na proposta de adesão;

- de suicídio ou tentativa de suicídio do Segurado, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;
- de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, bem como pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante ou Subestipulante.

4.2. Exclusão para Atos Terroristas

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

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

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. CARÊNCIAS

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

6.2. Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais cobertos, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação ou de adesão ao seguro;

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

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

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

6.6. Caso o Grupo Segurado seja transferido de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, desde que mantidas as características da apólice vigente na congênera anterior.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

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

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

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

7.4. A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a

correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.5. Caso haja recusa da proposta, a Seguradora deverá enviar comunicação por escrito ao proponente, devidamente fundamentada na legislação e regulamentação aplicáveis. Considerar-se-á como data da recusa da Proposta, para todos os efeitos legais, a data do recebimento da comunicação pelo proponente, conforme constante no aviso de recebimento.

7.6. Caso tenha havido pagamento parcial ou total de prêmio, a Seguradora restituirá o segurado, o estipulante e/ou subestipulante conforme o caso, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data da formalização da recusa. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago, devidamente atualizado pela variação do índice pactuado conforme item 11 destas Condições Gerais entre o último índice publicado antes da data do pagamento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição.

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

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

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

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

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

8.3.1. As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim previsto nas Condições Contratuais.

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

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

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

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

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

8.6.2. Caso haja, na renovação, alteração, inclusive quanto à taxa do seguro, que implique em ônus ou dever para os segurados, bem como redução de seus direitos, esta somente poderá ocorrer mediante anuência prévia e expressa de, pelo menos, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1. O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar à Seguradora o aumento ou a redução do valor do capital segurado, dentro dos limites mínimo e máximo de valores para o capital

estabelecidos no Contrato, podendo a Seguradora solicitar documentos para reanálise do risco do Segurado a fim de permitir ou não a implementação da alteração solicitada.

9.2. Para a determinação do valor do capital segurado no momento da liquidação do sinistro, deverá ser considerada como data do evento a data definida nas condições especiais do seguro.

10. RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO

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

11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

11.1. Os capitais segurados e os prêmios correspondentes deverão ser atualizados monetariamente, em cada aniversário da apólice ou certificado, mediante aplicação do IPC-A (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo), divulgado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses. O mês de corte para efeito de contagem do período de reajuste será definido nas condições contratuais de cada apólice, exceto para as apólices que prevejam reajuste de capitais segurados e prêmios com base no dissídio da categoria.

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

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

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

12. PAGAMENTO DE PRÊMIO

12.1. O custeio do seguro pode ser:

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

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

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

% DO PRÊMIO ANUAL	PRAZO	% DO PRÊMIO ANUAL	PRAZO	% DO PRÊMIO ANUAL	PRAZO
13	15 dias	56	135 dias	83	255 dias
20	30 dias	60	150 dias	85	270 dias
27	45 dias	66	165 dias	88	285 dias
30	60 dias	70	180 dias	90	300 dias
37	75 dias	73	195 dias	93	315 dias
40	90 dias	75	210 dias	95	330 dias
46	105 dias	78	225 dias	98	345 dias
50	120 dias	80	240 dias	100	365 dias

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

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

12.5. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido no subitem 12.4, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

12.6. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no subitem 12.4, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro, desde que haja expressa previsão contratual neste sentido.

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

12.8. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. **O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não poderá prejudicar o Segurado.**

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

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

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

12.11.1. A não observância da data limite para pagamento do prêmio, exceto nos casos previstos no subitem 12.11 e no item 15, ensejará multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso, juros de 1% (um por cento) ao mês e a atualização monetária pela variação positiva do índice do IPCA/IBGE (Índice de Preço ao Consumidor Amplo) ambos contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.

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

12.13. As taxas e os prêmios de seguro serão reavaliados anualmente junto ao Estipulante, por ocasião da renovação da apólice, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial deste seguro. Caso haja, na renovação, alteração da taxa do seguro que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ do grupo segurado para que esta possa ser implementada, sem prejuízo da faculdade da Seguradora de rescindir o Seguro, mediante comunicação aos segurados e ao estipulante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

12.14. O pagamento do prêmio é devido durante o período de afastamento do segurado, no caso da contratação da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Doença ou

13. DISTRIBUIÇÃO DOS EXCEDENTES TÉCNICOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13.5.4. prêmios de resseguro cedidos;

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

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

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

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

13.6.1. a data de pagamento para prêmios e comissões;

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

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

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

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

14. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E DO SUBESTIPULANTE

14.1. Constituem obrigações do Estipulante:

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

II - manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no

futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

- III - fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
 - IV - discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º da Resolução CNSP nº 107, quando este for de sua responsabilidade;
 - V - repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
 - VI - repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
 - VII - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
 - VIII - comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
 - IX - dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
 - X - comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
 - XI - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
 - XII - informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.
 - XIII - Deverão ser estabelecidos, em contrato específico firmado entre a Seguradora e o Estipulante, os deveres de cada parte em relação à contratação do seguro, nos termos desta cláusula.
- 14.2. É expressamente vedado ao estipulante e ao subestipulante, nos seguros contributários:
- I - cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
 - II - rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
 - III - efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
 - IV - vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.
- 14.3. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais, são, ainda, obrigações do Subestipulante:
- a) fornecer ao Estipulante todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais e informações dos segurados;
 - b) manter o Estipulante informado a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
 - c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de seguro;
 - d) discriminar o valor do Prêmio no instrumento de cobrança, quando este for seguro contributivo;
 - e) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao seguro;

- f) comunicar, de imediato, ao Estipulante, a ocorrência de qualquer Sinistro, ou expectativa de Sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- g) dar ciência aos Segurados e Beneficiário(s) de todas as informações, procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de Sinistros;
- h) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- i) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado.

15. PRAZO DE SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

15.1. O não pagamento na data do vencimento de qualquer fatura referente ao prêmio do seguro constitui em mora o Segurado ou o Estipulante, de acordo com o caso, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

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

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

15.3. Não haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, isto é, caso o pagamento do prêmio não seja efetivado até a data de vencimento estabelecida, as coberturas deste seguro estarão suspensas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da referida data.

15.4. As coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia em que o pagamento do prêmio for retomado. Em caso de cobrança postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

15.5. O seguro ficará automaticamente cancelado na falta de pagamento, até a data de vencimento estabelecida, do prêmio de 2 (duas) faturas, consecutivas ou não, no período dos últimos 12 (doze) meses de vigência, sem que caiba restituição dos prêmios pagos referentes ao período em que houve cobertura.

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

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1. O seguro ficará automaticamente cancelado na falta de pagamento, até a data de vencimento estabelecida, do prêmio de 2 (duas) faturas, consecutivas ou não, no período dos últimos 12 (doze) meses de vigência. O seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações, desde a data do cancelamento, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

16.2. A apólice poderá também ser cancelada a qualquer época, por mútuo e expresso consenso entre o Estipulante e a Seguradora, desde que haja anuência prévia e expressa de no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

16.3. A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela Sociedade Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

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

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

II - quando adotado o fracionamento do prêmio, na hipótese de cancelamento a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o

prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no item 12.3.

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

17. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

17.2. Se o segurado, seus prepostos ou beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, ocorrerá automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios pagos, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

17.2.1. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no subitem acima se aplica aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.

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

- I - com o desaparecimento do vínculo entre o segurado principal e o estipulante, nos planos coletivos; ou**
- II - quando o segurado solicitar sua exclusão do seguro ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.**

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

- I - se for cancelada a respectiva cláusula suplementar;**
- II - com o cancelamento do seguro do segurado principal;**
- III - com a morte do segurado principal;**
- IV - no caso de cessação da condição de dependente; ou**
- V - a pedido do segurado principal, na hipótese de inclusão facultativa do segurado dependente.**

18. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

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

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

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

18.3.1. Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

- a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
- b) Mediante acordo entre as partes, permitirá a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**

18.3.2. 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.**

18.3.3. 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.

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

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

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

19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

19.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado ou seus Beneficiários, conforme o caso, deverão comunicá-lo à Seguradora e enviar os documentos mínimos para sua análise e regulação descritos abaixo:

19.1.1. Documentos do Segurado em caso de Morte Natural

- a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo médico que atendia o Segurado regularmente, com indicação da especialidade e CRM;
- b) cópia de Laudos e Exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
- c) cópia do Prontuário Médico do segurado.
- d) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- e) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- f) cópia atualizada da Certidão de Casamento do sinistrado com averbação do óbito deste;
- g) cópia do comprovante de residência do sinistrado, conforme definido no item 19.15 das Condições Gerais;
- h) Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, do mês anterior ao evento, quando o segurado for empregado
- i) cópia da FRE (Ficha de Registro de Empregado) - Somente para Empresarial;
- j) cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- k) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- l) comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- m) cópia do Certificado Individual do Seguro;
- n) cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- o) cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;

19.1.2. Documentos do Segurado em caso de Morte por Acidente

- a) documentos relacionados no tópico anterior;
- b) cópia do Boletim de Ocorrência Policial e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c) cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- e) cópia do Laudo de Necropsia, se houver; e
- f) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

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

19.1.3.1. documentos dos Beneficiários, em caso de haver designação:

- declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e

quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

- cópia de comprovante de residência em nome de todos os beneficiários designados na proposta de adesão, conforme definição no item 19.15 das Condições Gerais;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário;
- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;
- companheira(o): cópia da Carteira de Identidade, CPF e pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 destas Condições Gerais;
- filhos menores de 16 anos: cópia da Certidão de Nascimento; e
- pais, filhos maiores de 16 anos e outros: cópia da Carteira de Identidade e CPF.

19.1.3.2. Documentos dos Beneficiários, em caso de Pessoa Jurídica:

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- cópia do Balanço Patrimonial;
- cópia do comprovante de endereço da empresa.

19.1.3.3. documentos dos Beneficiários, em caso de não haver designação:

- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);

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

- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos herdeiros legais do sinistrado, conforme definição no item 19.15 das Condições Gerais;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos herdeiros legais do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- declaração assinada pelos herdeiros legais do sinistrado informando que este faleceu no Estado Civil de Solteiro(a) sem deixar Filhos; e
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

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

- cópia do RG, CPF e Comprovante de residência da(o) companheira(o) do Sinistrado, conforme definição no item 19.15 das Condições Gerais;
- pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 destas Condições Gerais;
- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos Genitores do sinistrado, conforme definido no item 19.15;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos genitores e companheira(o) do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

c) Solteira(o) com Companheira(o) e filhos:

- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência da(o) companheira(o) do Sinistrado, conforme definição no item 19.15 das Condições Gerais;
- pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 destas Condições Gerais;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) companheira(o) e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório
- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos filhos do Segurado, (em caso de menor impúbere, deverá ser encaminhado Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e Comprovante de residência do responsável legal) , conforme definição no item 19.15 das Condições Gerais;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado

pelo beneficiário.

d) Casado(a) sem filhos:

- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência da(o) esposa(o), conforme definição no item 19.15 das Condições Gerais;
- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos genitores, conforme definido no item 19.15 das Condições Gerais;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) esposa(o) e genitores do sinistrado com firma reconhecida em cartório
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

e) Casado(a) com filhos:

- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência da(o) esposa(o), conforme definição no item 19.15 das Condições Gerais;
- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos filhos, (no caso de filhos menores impúberes deverá ser encaminhado Cópia da Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e comprovante de residência do responsável legal), conforme definido no item 19.15 das Condições Gerais;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) esposa(o) e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

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

- a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do acidente, com indicação da especialidade e CRM;
- b) radiografia e resultados de exames realizados;
- c) declaração médica de Acidentes Pessoais;
- d) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- e) exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela
- f) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- g) cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- i) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- j) cópia do comprovante de residência do sinistrado, conforme definido no item 19.15 das Condições Gerais;
- k) cópia da FRE (Ficha de Registro de Empregado) - Somente para Empresarial;
- l) Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, do mês anterior ao evento, quando o segurado for empregado;
- m) cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho);
- n) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- o) cópia do Certificado Individual do Seguro;
- p) cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- q) cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- r) formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

19.1.5. Diária por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente Pessoal – DIT

19.1.5.1. No Caso de Eventos Decorrentes de Doenças:

- a) formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do acidente, com indicação da especialidade e CRM;
- b) formulário de aviso para Concessão ou Prorrogação de Benefício de Afastamento – Segurado;
- c) formulário de aviso para Concessão ou Prorrogação de Benefício de Afastamento – Médico assistente;
- d) cópia da carteira de identidade e CPF do Segurado;
- e) relatório médico informando diagnóstico, evolução, tratamento e o tempo de afastamento do trabalho;
- f) relatório médico detalhado (original);
- g) cópia dos laudos e exames realizados em função da patologia;
- h) chapa radiológica (se necessário);
- i) cópia do Prontuário Médico;
- j) comprovante de residência dos últimos 90 dias;
- k) comprovante de rendimento do Segurado tais como: Declaração do contador em formulário DECORE, Declaração de IR ou Contracheque do mês do sinistro;
- l) formulário de autorização de crédito em conta corrente ou ordem de pagamento; e
- m) comunicação de resultado de exame médico.
- n) cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- o) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- p) cópia do Certificado Individual do Seguro;
- q) cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- r) Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, do mês anterior ao evento, quando o segurado for empregado;
- s) cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

19.1.5.2. No Caso de Eventos Decorrentes de Acidentes:

- a) formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do acidente, com indicação da especialidade e CRM;
- b) formulário de aviso para Concessão ou Prorrogação de Benefício de Afastamento – Segurado;
- c) formulário de aviso para Concessão ou Prorrogação de Benefício de Afastamento – Médico assistente;
- d) cópia da carteira de identidade e CPF do Segurado;
- e) relatório médico informando diagnóstico, evolução, tratamento e o tempo de afastamento do trabalho;
- f) relatório médico detalhado (original);
- g) cópia dos laudos e exames realizados em função da patologia;
- h) chapa radiológica (se necessário);
- i) cópia do Prontuário Médico;
- j) comprovante de residência dos últimos 90 dias;
- k) comprovante de rendimento do Segurado tais como: Declaração do contador em formulário DECORE, Declaração de IR ou Contracheque no mês do sinistro;
- l) formulário de autorização de crédito em conta corrente ou ordem de pagamento;
- m) comunicação de resultado de exame médico;
- n) boletim do primeiro atendimento hospitalar (imediatamente após o acidente); e
- o) boletim de Ocorrência Policial (em caso de acidente que exija tal documento);
- p) cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- q) cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- r) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- s) cópia do Certificado Individual do Seguro;
- t) cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- u) cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

19.1.6. Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – DIT-A

- a) formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do acidente, com indicação da especialidade e CRM;
- b) formulário de aviso para Concessão ou Prorrogação de Benefício de Afastamento – Segurado;
- c) formulário de aviso para Concessão ou Prorrogação de Benefício de Afastamento – Médico assistente;
- d) cópia da carteira de identidade e CPF do Segurado;
- e) relatório médico informando diagnóstico, evolução, tratamento e o tempo de afastamento do trabalho;
- f) relatório médico detalhado (original);
- g) cópia dos laudos e exames realizados em função da patologia;
- h) chapa radiológica (se necessário);
- i) cópia do Prontuário Médico;
- j) comprovante de residência dos últimos 90 dias;
- k) comprovante de rendimento do Segurado tais como: Declaração do contador em formulário DECORE, Declaração de IR ou Contracheque no mês do sinistro;
- l) formulário de autorização de crédito em conta corrente ou ordem de pagamento;
- m) comunicação de resultado de exame médico;
- n) boletim do primeiro atendimento hospitalar (imediatamente após o acidente); e
- o) boletim de Ocorrência Policial (em caso de acidente que exija tal documento);
- p) cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- q) cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- r) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- s) cópia do Certificado Individual do Seguro;
- t) cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- u) Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, do mês anterior ao evento, quando o segurado for empregado;
- v) cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

19.1.7. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD

- a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atendia o Segurado regularmente, com indicação da especialidade e CRM. O segurado deverá comunicar à Sociedade Seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante.
- b) declaração médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (data do sinistro). Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item Dos Riscos Cobertos, constantes

nas Condições Especiais;

- c) cópia do comprovante de residência do segurado, conforme definição no item 19.15 das Condições Gerais;
- d) cópia do RG e CPF do segurado;
- e) relatório do médico-assistente do Segurado:
 - indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado.
- f) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- g) formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo segurado.
- h) cópia da Ficha de Registro de empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- i) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- j) cópia do Certificado Individual do Seguro;
- k) cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- l) Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, do mês anterior ao evento, quando o segurado for empregado;
- m) cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

19.1.8. Auxílio Funeral – Adicional

a) documentos do Segurado:

- formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo médico que atendia o Segurado regularmente, com indicação da especialidade e CRM;
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

b) documentos dos Beneficiários, em caso de haver designação:

- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado
- cópia de comprovante de residência em nome de todos os beneficiários designados na

proposta de adesão, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;

- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário;
- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;
- companheira(o): cópia da Carteira de Identidade, CPF e pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Gerais;
- filhos menores de 16 anos: cópia da Certidão de Nascimento; e
- pais, filhos maiores de 16 anos e outros: cópia da Carteira de Identidade e CPF.

c) documentos dos Beneficiários, em caso de não haver designação:

i. Solteiro(a) sem filhos e sem companheira(o):

- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos herdeiros legais do sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos herdeiros legais do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- declaração assinada pelos herdeiros legais do sinistrado informando que este faleceu no Estado Civil de Solteiro sem deixar Filhos; e
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelos herdeiros legais.

ii. Solteiro(a) com Companheira(o) e sem filhos:

- cópia do RG, CPF e Comprovante de residência da(o) companheira(o) do Sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.4 das Condições Gerais;
- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos Genitores do sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos genitores e companheira(o) do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

iii. Solteiro(a) com Companheira(o) e filhos:

- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência da(o) companheira(o) do Sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Gerais;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela companheira e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos filhos do Segurado, (em caso de menor impúbere, deverá ser encaminhado Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e Comprovante de residência do responsável legal), conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

iv. Casado(a) sem filhos:

- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência da(o) esposa(o), conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos genitores, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela esposa e genitores do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

v. Casado(a) com filhos:

- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência da(o) esposa(o), conforme definição no

subitem 19.15 das Condições Gerais;

- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos filhos, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais (no caso de filhos menores impúberes deverá ser encaminhado Cópia da Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e comprovante de residência do responsável legal);
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) esposa(o) e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

d) além dos documentos descritos acima, os seguintes documentos:

- Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, do mês anterior ao evento, quando o segurado for empregado;
- cópia da FRE (Ficha de Registro de Empregado) – Somente para Empresarial.

19.1.9. Assistência Funeral

a) documentos do Segurado:

- formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado.

b) além dos documentos descritos acima, os seguintes documentos:

- notas fiscais e recibos discriminadas comprovando os gastos em função das despesas ocorridas com o funeral do Segurado, respeitado o disposto no item 2.1. das Condições Especiais;
- Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, do mês anterior ao evento, quando o segurado for empregado;
- cópia da FRE (Ficha de Registro de Empregado) – Somente para Empresarial.
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

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

- cópia do RG e CPF da pessoa que arcou com as despesas;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário;
- cópia do comprovante de residência da pessoa que arcou com as despesas, conforme item 19.15 destas Condições Gerais.

19.1.10. Auxílio Despesa

a) documentos do Segurado:

- formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo médico que atendia o Segurado regularmente, com indicação da especialidade e CRM;
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado; e
- cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado.

b) documentos dos Beneficiários, em caso de haver designação:

- cópia de comprovante de residência em nome de todos os beneficiários designados na proposta de adesão, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário;
- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;
- companheira(o): cópia da Carteira de Identidade, CPF e pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Gerais;
- filhos menores de 16 anos: cópia da Certidão de Nascimento; e
- pais, filhos maiores de 16 anos e outros: cópia da Carteira de Identidade e CPF.

c) documentos dos Beneficiários, em caso de não haver designação:

I. Solteiro(a) sem filhos e sem companheira(o):

- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos herdeiros legais do sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos herdeiros legais do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- declaração assinada pelos herdeiros legais do sinistrado informando que este faleceu no Estado Civil de Solteiro(a) sem deixar Filhos; e
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelos herdeiros legais.

II. Solteiro(a) com Companheira(o) e sem filhos:

- cópia do RG, CPF e Comprovante de residência da(o) companheira(o) do Sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Gerais;
- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos Genitores do sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos genitores e companheira(o) do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

III. Solteiro(a) com Companheiras e filhos:

- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência da(o) companheira(o) do Sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Gerais;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) companheira(o) e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos filhos do Segurado, (em caso de menor impúbere, deverá ser encaminhado Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e Comprovante de residência do responsável legal), conforme definição no item 19.15 das Condições Gerais;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

IV. Casado(a) sem filhos:

- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência da(o) esposa(o), conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos genitores, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;

- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) esposa(o) e genitores do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

V. Casado(a) com filhos:

- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência da(o) esposa(o), conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos filhos, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais (no caso de filhos menores impúbere deverá ser encaminhado Cópia da Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e comprovante de residência do responsável legal);
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) esposa(o) e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

d) além dos documentos descritos acima, os seguintes documentos:

- Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, do mês anterior ao evento, quando o segurado for empregado;
- cópia da FRE (Ficha de Registro de Empregado) – Somente para Empresarial;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

19.1.10.1. No Caso de Eventos Decorrentes de Acidentes:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

19.1.11. Inclusão Cônjuge – Automática ou Facultativa:

a) documentos do cônjuge em caso de morte natural:

- formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário
- cópia de Laudos e Exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito
- cópia do Prontuário Médico do segurado
- cópia da Certidão de Óbito do sinistrado
- cópia do RG e CPF do sinistrado
- cópia e atualizada da Certidão de Casamento do sinistrado com averbação do óbito deste. No caso de companheira, deverão ser apresentados pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 destas Condições Gerais;
- cópia do comprovante de residência do sinistrado, conforme item 19.15 das Condições Gerais.

b) documentos do cônjuge em caso de morte acidental:

- documentos relacionados no tópico anterior;
- cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo

Segurado

- cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- cópia do Laudo de Necropsia, se houver; e
- cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

c) documentos do cônjuge em caso de invalidez:

- formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- declaração médica de Acidentes Pessoais;
- exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
- cópia da Carteira de Identidade e CPF do Sinistrado;
- cópia e atualizada da Certidão de Casamento do Sinistrado, devidamente averbada com o óbito, se estado civil casado(a);
- cópia do Prontuário Médico do sinistrado;
- cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo sinistrado;
- cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento conforme definição no subitem 19.14., se companheiro(a);
- documentos que comprovem a residência do Beneficiário, conforme definição do subitem 19.15.;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

d) documentos do segurado principal:

- Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, do mês anterior ao evento, quando o segurado for empregado;
- cópia da FRE - Somente para Empresarial
- cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado, conforme item 19.15 das Condições Gerais;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

19.1.12. Inclusão Filhos– Automática ou Facultativa:

documentos do Filho em caso de morte natural:

- formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- cópia de Laudos e Exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito
- cópia do Prontuário Médico do segurado
- cópia da Certidão de Óbito do sinistrado
- cópia do CPF e da Certidão de Nascimento ou RG do sinistrado
- cópia do comprovante de residência do sinistrado, conforme item 19.15 das Condições Gerais;
- notas fiscais das despesas funerárias no caso de sinistro de filhos menores de 14 anos

documentos do Filho em caso de morte acidental:

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

documentos do segurado principal:

- Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, do mês anterior ao evento, quando o segurado for empregado;
- cópia da FRE - Somente para Empresarial
- cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado, conforme item 19.15 das

Condições Gerais;

- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

19.1.13. Inclusão Ascendentes – Automática ou Facultativa:

a) documentos do ascendente em caso de morte natural:

- formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário
- cópia de Laudos e Exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito
- cópia do Prontuário Médico do segurado
- cópia da Certidão de Óbito do sinistrado
- cópia do RG e CPF do sinistrado
- cópia do RG do Segurado principal, comprovando a filiação;
- cópia do comprovante de residência do sinistrado, conforme item 19.15 das Condições Gerais.

b) documentos do ascendente em caso de morte acidental:

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

c) documentos do segurado principal:

- Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, do mês anterior ao evento, quando o segurado for empregado;
- cópia da FRE - Somente para Empresarial
- cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado, conforme item 19.15 das Condições Gerais;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

19.1.14. Doença Congênita de Filhos

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo médico que atende o filho sinistrado do Segurado, com especialidade e CRM, e pelo Segurado;
- declaração médica de um médico especialista atestando a doença como congênita;
- cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- relatório médico e resultado de exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença ou o comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor do filho do Segurado;
- cópia da Certidão de Nascimento do filho;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo segurado e beneficiário;
- cópia do Comprovante de residência do segurado, conforme definição no item 19.15.das Condições Gerais.
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, correspondente ao mês anterior ao evento - Somente para Empresarial;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

19.1.15. Adiantamento por Doença Terminal

- formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante e pelo médico que atende o Segurado regularmente;
- declaração Médica atestando a doença como terminal conforme item 2.1. das condições especiais, emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada;
- cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário;
- cópia do Comprovante de residência do segurado, conforme definição no item 19.15. das Condições Gerais.
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, correspondente ao mês anterior ao evento - Somente para Empresarial;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- Resultados de exames complementares realizados que comprovam o estágio terminal do quadro clínico e de comprometimento irreversível sem possibilidade de recuperação com os recursos terapêuticos disponíveis;
- Caso o segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.

19.1.16. Auxílio Cesta Básica

a) documentos do Segurado:

- formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado.

b) documentos dos Beneficiários, em caso de haver designação:

- cópia de comprovante de residência em nome de todos os beneficiários designados na proposta de adesão, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário;
- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;
- companheira: cópia da Carteira de Identidade, CPF e pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Gerais;
- filhos menores de 16 anos: cópia da Certidão de Nascimento;
- pais, filhos maiores de 16 anos e outros: cópia da Carteira de Identidade e CPF;

c) documentos dos Beneficiários, em caso de não haver designação:

I. Solteiro(o) sem filhos e sem companheira(o):

- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos herdeiros legais do sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos herdeiros legais do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- declaração assinada pelos herdeiros legais do sinistrado informando que este faleceu no Estado Civil de Solteiro(a) sem deixar Filhos; e
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado

pelos herdeiros legais.

II. Solteiro(a) com Companheira(o) e sem filhos:

- cópia do RG, CPF e Comprovante de residência da(o) companheira(o) do Sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Gerais;
- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos Genitores do sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos genitores e companheira(o) do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

III. Solteiro(a) com Companheira(o) e filhos:

- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência da(o) companheira(o) do Sinistrado, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 19.14 das Condições Gerais;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) companheira(o) e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos filhos do Segurado, (em caso de menor impúbere, deverá ser encaminhado Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e Comprovante de residência do responsável legal), conforme definição no item 19.15 das Condições Gerais;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

IV. Casado(a) sem filhos:

- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência da(o) esposa(o), conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos genitores, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) esposa(o) e genitores do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

V. Casado(a) com filhos:

- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência da(o) esposa(o), conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais;
- cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência dos filhos, conforme definição no subitem 19.15 das Condições Gerais (no caso de filhos menores impúberes deverá ser encaminhado Cópia da Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e comprovante de residência do responsável legal);
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela(o) esposa(o) e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário.

d) além dos documentos descritos acima, os seguintes documentos:

- Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, do mês anterior ao evento, quando o segurado for empregado;
- cópia da FRE (Ficha de Registro de Empregado) – Somente para Empresarial.

19.1.17. Invalidez Permanente Total por Acidente - IPTA

a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do acidente, com indicação da especialidade e CRM;

- b) declaração médica de Acidentes Pessoais;
- c) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
- e) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- f) cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- h) cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- i) radiografia e resultados de exames realizados;
- j) cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), se houver;
- k) cópia do comprovante de residência do sinistrado, conforme definição no item 19.15 das Condições Gerais;
- l) cópia da FRE (Ficha de Registro de Empregado) - Somente para Empresarial;
- m) Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, do mês anterior ao evento, quando o segurado for empregado;
- n) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- o) cópia do Certificado Individual do Seguro;
- p) cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do
- q) Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de
- r) Concessionária;
- s) cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- t) formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário;

19.1.18. Verba Rescisória por Morte

a) Documentos do Segurado em Caso de Morte Natural:

- formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do acidente, com indicação da especialidade e CRM;
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- cópia e atualizada da Certidão de Casamento do sinistrado com averbação do óbito deste;
- cópia do comprovante de residência do sinistrado, conforme definido no item 19.15 das Condições Gerais;
- Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, do mês anterior ao evento, quando o segurado for empregado;
- cópia da FRE (Ficha de Registro de Empregado);
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando de tratar de apólice coletiva, cujo vínculo prévio empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de apólice coletiva, cujo vínculo seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do sinistro, quando tratar-se de apólice cuja a cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.

- cópia de Laudos e Exames referentes a patologia que levou o segurado ao óbito;
- cópia do Prontuário Médico do segurado.

b) Documentos do Segurado em Caso de Morte Acidental

- documentos relacionados no tópico anterior;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo de Necropsia, se houver; e
- cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

19.1.19. Diagnóstico Definitivo de Doenças Graves

- a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado e pelo médico que atende o Segurado regularmente, observado o disposto no item 2.2 das condições especiais da referida cobertura;
- b) declaração médica de Doenças Graves, assinada pelo médico assistente;
- c) laudo emitido por médico habilitado e especialista na patologia, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes do segurado, que constatem qualquer das doenças graves cobertas, conforme definido na condição especial desta cobertura;
- d) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado, conforme definição no item 19.15 das condições gerais;
- e) formulário de autorização de pagamento de indenização por meio de crédito, exclusivamente, em conta corrente ou ordem de pagamento, devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- f) cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- g) Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, correspondente ao mês anterior ao evento - Somente para Empresarial;
- h) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- i) cópia do Certificado Individual do Seguro;
- j) cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- k) cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

Documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada:

- Para Câncer: resultado do exame anátomo-patológico;
- Para Infarto Agudo do Miocárdio: resultado dos exames, Eletrocardiograma, Enzimas Cardíacas, Ecocardiograma, Cintilografia Cardíaca;
- Para Cirurgia de revascularização do miocárdio com implante de ponte vascular (Bypass): Relatório completo e detalhamento da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável;
- Para Acidente Vascular Cerebral: resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio;
- Para Esclerose Múltipla: laudo médico de neurologista e Resultado da Eletroneuromiografia de membros inferiores e superiores;
- Para Insuficiência Renal Terminal: resultado dos exames da função renal;
- Para Cegueira/ perda da visão: laudo médico de Oftalmologista e resultado de exames de acuidade visual e campimetria.
- Para Surdez/ perda da audição: laudo médico de Otorrinolaringologista e resultado do exame de BERA;
- Para Mudez/ perda da Fala: laudo médico de Otorrinolaringologista e resultado de exame de imagem de corda vocal;

- Para Transplante de Órgãos: prontuário Hospitalar com Relatório completo e detalhamento da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável.

19.1.20. Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas (DMH) e Despesas Médico e Hospitalares e Odontológicas – Adiantamento (DMH-A)

- a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do acidente, com indicação da especialidade e CRM;
- b) boletim de Primeiro atendimento médico Hospitalar;
- c) pelo menos um comprovante de residência do sinistrado, conforme definição do subitem 19.15 das Condições Gerais;
- d) notas fiscais e recibos das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas e relatórios do médico assistente. No caso de retenção das Notas Fiscais pela Seguradora garantidora do seguro obrigatório DPVAT, em caso de acidente automobilístico, serão aceitas cópias das Notas Fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida seguradora, indicando quais as notas retidas, e informando o valor que será reembolsado a título de primeiro risco através do DPVAT;
- e) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- f) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- g) cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), se houver;
- i) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- j) cópia do Laudo da Perícia Técnica realizado no local do acidente, se houver;
- k) radiografias e/ou resultados dos exames realizados;
- l) cópia do Contracheque do Segurado no mês do Evento, para os casos em que o capital segurado for múltiplo salarial ou a cobrança dos prêmios for desconto em folha, neste último caso para fins de verificação do último prêmio quitado;
- m) cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- n) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- o) cópia do Certificado Individual do Seguro;
- p) cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- q) Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, correspondente ao mês anterior ao evento - Somente para Empresarial;
- r) cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- s) formulário de autorização de pagamento através de Crédito em conta corrente ou ordem de pagamento devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.

19.1.21. Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença – ILPD

- a) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido, assinado e carimbado;
- b) carta de concessão de aposentadoria por invalidez por doença emitida por instituições oficiais da Previdência Social (documento opcional para os casos de Doença Terminal);
- c) formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- d) declaração Médica indicando a data da Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença;
- e) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado, conforme definição do subitem 19.15 das condições gerais;
- f) Relatório médico totalmente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença e o grau de invalidez, com data de

diagnóstico, exames e tratamentos reduzidos, bem como a data da caracterização da invalidez. É facultado à Seguradora exigir o reconhecimento da firma, nos casos que julgar necessário. As cópias de documentos apresentados pelo Estipulante ou Segurado devem ser sempre legíveis;

- g) Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, correspondente ao mês anterior ao evento - Somente para Empresarial;
- h) Quando o vínculo for empregatício: Cópia da Ficha de Registro do empregado;
- i) Quando o vínculo for de prestação de serviços: Cópia do Contrato;
- j) Cópia dos 03 (três) últimos comprovantes de salário, quando o vínculo for empregatício;
- k) Cópia dos 03 (três) últimos demonstrativos de pagamentos ou nota fiscal, quando o vínculo for de prestação de serviços.

19.1.22. Diária por Internação Hospitalar por Acidente – DIHA

- a) formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do acidente, com indicação da especialidade e CRM;
- b) formulário aviso para concessão de diária por internação hospitalar por acidente;
- c) documentação comprobatória da internação fornecida pelo Hospital, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas (se houver) e materiais/medicamentos utilizados;
- d) pelo menos um comprovante de residência do sinistrado, conforme definição do subitem 19.15 das Condições Gerais;
- e) cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- f) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- g) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- h) cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i) cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), se houver;
- j) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- k) cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- l) cópia do resultado de exames complementares realizados;
- m) cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- n) Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, correspondente ao mês anterior ao evento - Somente para Empresarial;
- o) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- p) cópia do Certificado Individual do Seguro;
- q) cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- r) cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- s) cópia do Contracheque do Segurado no mês do Evento, para os casos em que o capital segurado for múltiplo salarial ou a cobrança dos prêmios for desconto em folha, neste último caso para fins de verificação do último prêmio quitado; e
- t) formulário de autorização de pagamento através de Crédito em conta corrente ou ordem de pagamento devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.

19.1.23. Diagnóstico de Câncer

- a) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido, assinado e carimbado, observado o disposto no item 2.2 das Condições Especiais da referida cobertura;
- b) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado, conforme definição no item 19.15 das Condições Gerais;

- c) formulário de Declaração Médica de Câncer, preenchido detalhadamente em todos os campos, inclusive o nome do segurado/sinistrado/participante e data do evento pelo médico assistente, que presta atendimento ao segurado, com assinatura e firma reconhecida em cartório dele, constando esclarecimentos detalhados sobre a patologia e o diagnóstico;
- d) laudo emitido por médico habilitado e especialista na patologia, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes do Segurado, que constate a neoplasia maligna;
- e) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- f) cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- g) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- h) cópia do Certificado Individual do Seguro;
- i) cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- j) Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, correspondente ao mês anterior ao evento - Somente para Empresarial;
- k) cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- l) Resultado do exame Anátomo- Patológico, comprovando a malignidade do Câncer;
- m) Relatório do médico assistente constando: nome do paciente, história clínica, tempo de evolução da doença, estadiamento, diagnóstico (CID-10), tratamento proposto e identificação do médico (nome e nº do CRM-UF);
- n) Na ausência do exame Anátomo-Patológico, poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais e de imagem que comprovem o diagnóstico;
- o) formulário de Autorização de Pagamento de Indenização através de crédito em conta corrente devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.

19.1.24. Diagnóstico Definitivo de Câncer Primário de Mama ou Ginecológico

- a) formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pela Segurada;
- b) formulário de Declaração Médica de Diagnóstico de Câncer Primário de Mama ou Ginecológico, devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente;
- c) cópia dos exames realizados e laudo anatomopatológico. Na ausência do exame Anátomo-Patológico, poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais e de imagem que comprovem o diagnóstico.
- d) laudo emitido por médico especialista em ginecologia e/ou mastologia, diagnosticando a neoplasia maligna e com expressa indicação de tratamento complementar específico, previsto na literatura médica vigente;
- e) Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- f) Cópia do RG, CPF e comprovante de residência da segurada;
- g) formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pela Segurada.
- h) cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- i) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- j) Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, correspondente ao mês anterior ao evento - Somente para Empresarial;
- k) cópia do Certificado Individual do Seguro;

l) cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;

m) cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior

19.1.25. Diagnóstico Definitivo de Câncer Primário de Próstata ou Testículo

- a) formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- b) formulário Declaração Médica Diagnóstico de Câncer de Próstata e Testículos, devidamente preenchido, assinado e com reconhecimento da firma do médico assistente;
- c) cópia de prontuário médico (hospitalares e/ou consultório) e/ou ficha de atendimento médico do segurado, relacionados com a patologia;
- d) cópia dos exames realizados e laudo anatomopatológico. Na ausência do exame Anátomo-Patológico, poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais e de imagem que comprovem o diagnóstico.
- e) laudo emitido por médico especialista, diagnosticando a neoplasia maligna e com expressa indicação de tratamento complementar específico, previsto na literatura médica vigente;
- f) Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- g) cópia simples do RG, CPF e comprovante de residência conforme subitem 19.15 das Condições Gerais, expedido nos últimos 90 dias, a contar da apresentação da documentação, do segurado;
- h) formulário Autorização de Pagamento de Indenização por meio de crédito, exclusivamente, em conta corrente ou ordem de pagamento, devidamente preenchido e assinado pelo segurado.
- i) cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- j) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- k) cópia do Certificado Individual do Seguro;
- l) cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- m) Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, correspondente ao mês anterior ao evento - Somente para Empresarial;
- n) cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior

19.1.26. Cesta Básica por Morte Natural ou Acidental (CB-MN)

19.1.26.1. Morte em decorrente de doença

- a) formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e pelo médico que atendia o Segurado regularmente, com indicação da especialidade e CRM;
- b) formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- c) cópias do RG (cédula de identidade),
- d) CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- e) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- f) cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- g) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- h) Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, correspondente ao mês anterior ao

evento - Somente para Empresarial;

- i) comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- j) cópia do Certificado Individual do Seguro;
- k) cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- l) cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

19.1.26.2. Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- a) cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- b) cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- c) cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- e) cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

19.1.27. Cesta Básica por Invalidez Permanente Total por Acidente (CB-IPTA)

- a) formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do acidente, com indicação da especialidade e CRM;
- b) formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- e) cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- f) cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- g) cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- h) radiografia e resultados de exames realizados;
- i) cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- j) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- k) cópia do Certificado Individual do Seguro;
- m) Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, correspondente ao mês anterior ao evento - Somente para Empresarial;
- l) cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- m) cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

19.1.28. Auxílio Natalidade – Reembolso

- a) formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado;
- c) cópia da Certidão de Nascimento;
- d) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- e) Despesas com fraldas, vacinas e exames: nota fiscal da compra e/ou serviço;
- f) Despesas com consultas médicas: nota fiscal ou recibo com a razão social da empresa ou o nome completo do profissional, seu CNPJ ou CPF, o endereço do estabelecimento, o serviço realizado, o nome completo do paciente e o valor;
- g) Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, correspondente ao mês anterior ao evento - Somente para Empresarial;
- h) Despesas com medicamentos e despesas suplementares: cópia da prescrição médica juntamente com a nota fiscal da compra do medicamento;

19.1.29. Auxílio Natalidade e Auxílio Natalidade – Filhos Prematuros (ANPR)

- a) formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado;
- c) cópia da Certidão de Nascimento;
- d) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

19.1.30. Reembolso à Empresa das Despesas com Afastamento Laborativo por Acidente (REDAAL)

- a) formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo estipulante;
- b) formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
- c) cópias do RG (cédula de identidade) e CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do Segurado;
- d) cópia do registro da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1- Típico ou 3- Trajeto;
- e) Cópia do holerite do mês do afastamento;
- f) Cópia dos documentos de comprovação de vínculo empregatício (Ficha de Registro de Empregado ou CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social ou Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa, contendo a relação nominal e sua categoria ou outro documento oficial que o substitua, correspondente ao mês anterior ao evento - Somente para Empresarial;
- g) Cópia da concessão do benefício de auxílio-doença por incapacidade do Segurado junto a Previdência Social - INSS;
- h) Declaração com carimbo e assinatura do contador da empresa constando os encargos trabalhistas vinculados ao colaborador no período do afastamento;
- i) Cópias de nota fiscal e/ou cupom fiscal, com a descrição das despesas oriundas com o afastamento do segurado, se houver.

19.1.31. Verbas Rescisórias por Incapacitação Permanente

a) Documentos em caso de Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F)

- Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atendia o Segurado regularmente, com indicação da especialidade e CRM;
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatórios médicos e resultados de exames complementares realizados, que comprovem satisfatoriamente a incapacidade do Segurado;
- Documentos que comprove a alta médica do INSS;
- Cópia da Ficha de Registro de empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo

empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

b) Documentos em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

- Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do acidente, com indicação da especialidade e CRM;
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografia e resultados de exames realizados;
- Documentos que comprove a alta médica do INSS;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

19.1.32. Sustentabilidade Econômica por Afastamento Acidentário

- a) formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico do quadro médico apresentado, bem como a descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento, bem como o início e término definido pelo médico como afastamento de trabalho. No caso de acidente, deverá conter a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- c) Exames médicos complementares realizados;
- d) Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- e) Exames médicos complementares realizados;
- f) Comprovante de recolhimento do INSS - os três últimos anteriores ao afastamento;
- g) Cópia do Contrato de trabalho devidamente reconhecido firma e homologado pelo Sindicato Patronal de sua base de vinculação com 1 (mês) que antecede ao afastamento.

19.1.33. Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença

- a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do acidente, com indicação da especialidade e CRM;
- b) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo Hospital, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas (se houver) e materiais/medicamentos utilizados;
- c) cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- d) Pelo menos um comprovante de residência do sinistrado, conforme definição do subitem 19.13 das Condições Gerais;
- e) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- g) Cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), se houver;

- h) Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- i) Formulário de autorização de pagamento através de Crédito em conta corrente ou ordem de pagamento devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- j) Relatório ou laudo preenchido, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima em decorrência de doença ou acidente pessoal e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, data e hora de entrada e saída do hospital, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação
- k) Todos os exames realizados; e
- l) Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica.
- m) cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- n) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- o) cópia do Certificado Individual do Seguro;
- p) cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- q) cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

19.1.34. Auxílio Medicamentos – AM

- a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) boletim de Primeiro atendimento médico Hospitalar;
- c) pelo menos um comprovante de residência do sinistrado, conforme definição do subitem 19.15 das Condições Gerais;
- d) Caso a garantia seja de reembolso, notas fiscais referente a aquisição dos medicamentos, devidamente discriminados;
- e) cópia da receita médica;
- f) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- g) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- h) cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i) cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), se houver;
- j) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- k) cópia do Contracheque do Segurado no mês do Evento, para os casos em que o capital segurado for múltiplo salarial ou a cobrança dos prêmios for desconto em folha, neste último caso para fins de verificação do último prêmio quitado; e
- l) formulário de autorização de pagamento através de Crédito em conta corrente ou ordem de pagamento devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- m) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;

19.1.35. Alteração de Casa e/ou Modificação de Veículo

- a) formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do acidente, com indicação da especialidade e CRM;
- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, e a necessidade da alteração de casa ou modificação do veículo de uso particular, informando sempre se o paciente se encontra em alta médica definitiva e anexando os exames realizados pelo Segurado.
- c) radiografia e resultados de exames realizados;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- e) Cópia do CPF, RG e comprovante de residência, expedido nos últimos 180 dias, a contar da apresentação da documentação, do Segurado Principal;
- f) Cópia do Aviso de Alta Médica;
- g) Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- h) cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;

- i) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado Principal;
- j) Laudo de dosagem alcoólica, quando necessário;
- k) formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- l) nota fiscal das despesas com a Alteração de Casa e/ou Modificação de Veículo, especificando a alteração solicitada pelo médico assistente.
- m) cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- n) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- o) cópia do Certificado Individual do Seguro
- p) cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- q) cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

19.1.36. Pagamento antecipado especial em caso de invalidez permanente total em decorrência de doença profissional (PAED)

19.1.36.1 A Invalidez Permanente Total por Doença Profissional deve ser comprovada por relatório médico detalhado pelo médico-assistente do Segurado justificando seu estado de invalidez, acompanhado dos laudos e resultados de exames clínicos e laboratoriais a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.

19.1.36.2 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, precede a avaliação do sinistro, mas não caracteriza, por si só, a Invalidez Permanente Total por Doença Profissional.

19.1.36.3 Deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) da(s) doença(s) profissional, com sua(s) data(s), tratamento realizado, prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso e a data da caracterização da invalidez como total e definitiva;
- c) exames comprobatórios do diagnóstico, para posterior devolução;
- d) carta de concessão de auxílio doença ou de aposentadoria por doença, expedidas pelo INSS, caso existam;
- e) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- f) Cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- g) Quando o vínculo for empregatício: Cópia da Ficha de Registro do empregado;
- h) Quando o vínculo for de prestação de serviços: Cópia do Contrato;
- i) Cópia dos 03 (três) últimos comprovantes de salário, quando o vínculo for empregatício;
- j) Cópia dos 03 (três) últimos demonstrativos de pagamentos ou nota fiscal, quando o vínculo for de prestação de serviços;
- k) Cópia do CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho).

19.1.37 Reembolso à Empresa das Despesas com Afastamento Laborativo por Acidente e Doença (REDAALD)

- a) formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
- c) cópias do RG (cédula de identidade) e CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do Segurado;

- d) cópia do registro da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1- Típico, 2- Doença ou 3- Trajeto;
- e) Cópia dos documentos de comprovação de vínculo empregatício (Ficha de Registro de Empregado ou CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social ou Cópia da Relação de Trabalhadores do FGTS completa;
- f) Cópia do holerite do mês do afastamento;
- g) Cópia da concessão do benefício de auxílio-doença por incapacidade do Segurado junto a Previdência Social - INSS;
- h) Declaração com carimbo e assinatura do contador da empresa constando os encargos trabalhistas vinculados ao colaborador no período do afastamento;
- i) Cópias de nota fiscal e/ou cupom fiscal, com a descrição das despesas oriundas com o afastamento do segurado, se houver.

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

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

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

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

19.6. A partir da entrega de toda a Documentação Básica exigida pela Seguradora, esta terá o prazo de até 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro.

19.7. Caso o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o disposto no item 19.4 abaixo, incidirão sobre o valor do capital segurado:

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

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

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

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

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

19.11. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, conforme o caso, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio

de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

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

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

19.14. Documentos que comprovam a União Estável:

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

19.15. Documentos que comprovam residência:

- Conta de luz, com prazo máximo 90 (noventa) dias;
- Conta de água, com prazo máximo 90 (noventa) dias;
- Conta de gás, com prazo máximo 90 (noventa) dias;
- Conta de telefone fixo, com prazo máximo 90 (noventa) dias.

20. FORMAS DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

20.1. As indenizações referentes às coberturas contratadas deverão ser pagas sob a forma de pagamento único, exceto na hipótese do Segurado ter expressamente solicitado o pagamento na forma de renda certa.

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

21. INDENIZAÇÃO SOB A FORMA DE RENDA

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

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

22. BENEFICIÁRIOS

22.1. O(s) Beneficiário(s) do Seguro para as coberturas de morte e morte por acidente será(ão) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em sua proposta de adesão ou em outro documento hábil,

podendo ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio segurado.

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

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

22.2. No caso da cobertura de Verba Rescisória por Morte, o beneficiário será o Estipulante do seguro.

22.3. Para as demais coberturas, o próprio segurado será o beneficiário.

23. REGIME FINANCEIRO

23.1. Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações do período.

23.2. A alteração do seguro somente poderá ser feita mediante aditivo assinado pelo Estipulante ou Subestipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

24. MODIFICAÇÃO DA APÓLICE

24.1. Qualquer modificação da apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados ou ainda na redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

25. TRIBUTOS

25.1. Fica entendido e acordado que os tributos que incidam ou venham a incidir sobre o Prêmio ou sobre a Indenização correrão por conta do contribuinte conforme determinado pela legislação aplicável.

26. PRESCRIÇÃO

26.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

27. FORO

27.1. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do Segurado ou beneficiário, conforme o caso, para dirimir toda e qualquer dúvida proveniente direta ou indiretamente deste seguro.

27.1.1. Na hipótese de inexistência da relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no caput desta cláusula.

1. OBJETIVO

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

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

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

2. CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

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

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

4. RATIFICAÇÃO

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

1. OBJETO

1.1. As presentes Condições Especiais têm como objetivo indenizar o(s) Beneficiário(s) até o valor da Capital Segurado contratado, em caso de morte do Segurado por acidente pessoal coberto.

2. COBERTURA

2.1. As indenizações podem ser pagas sob a forma de pagamento único ou de renda certa, desde que tenha havido opção expressa do Segurado neste sentido, devendo as partes contratantes estabelecer, nas Condições Contratuais, o valor da renda mínima inicial.

3. CAPITAL SEGURADO

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

3.1. Em caso de morte acidental, as coberturas de Morte e Morte por Acidente, caso contratadas em conjunto, se acumulam.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4.1. os acidentes ocorridos em consequência:

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

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

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

1. OBJETO

1.1. As presentes Condições Especiais têm como objetivo pagar uma indenização ao Segurado Principal, em caso de invalidez total e permanente do mesmo, causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro e conforme descrito no item 2.

2. COBERTURA

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

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

Invalidez Permanente Total por Acidente	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros	100
Perda total do uso de ambos os membros	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100

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

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4.1. Os acidentes ocorridos em consequência:

- de furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;
- de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar.

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

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

1. OBJETO

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

2. COBERTURA

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

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Invalidez Permanente Total	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100
Invalidez Permanente Parcial - Diversas	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna	25

Invalidez Permanente Parcial - Membros Superiores	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---
Invalidez Permanente Parcial - Membros Inferiores	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	---
Encurtamento de um dos membros inferiores: de 5 (cinco) centímetros ou mais de 4 (quatro) centímetros de 3 (três) centímetros menos de 3 (três) centímetros	15 10 06 sem indenização

2.2. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização

por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento). Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

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

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

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

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

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

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4.1. Os acidentes ocorridos em consequência:

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

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

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETO

1.1. As presentes Condições Especiais têm como objetivo pagar uma indenização ao Segurado Principal, na ocorrência de um dos eventos cobertos ocorridos exclusivamente em local de trabalho do segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente de trabalho, ocorrido durante a vigência deste seguro.

1.2. Para fins desta garantia, considera-se como local de trabalho o local físico onde o segurado desempenhe sua atividade de trabalho, que será determinado nas Condições Contratuais.

2. COBERTURA

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

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Invalidez Permanente Total	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100
Invalidez Permanente Parcial - Diversas	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna	25

Invalidez Permanente Parcial - Membros Superiores	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---
Invalidez Permanente Parcial - Membros Inferiores	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	---
Encurtamento de um dos membros inferiores: de 5 (cinco) centímetros ou mais de 4 (quatro) centímetros de 3 (três) centímetros menos de 3 (três) centímetros	15 10 06 sem indenização

2.2. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda

total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento). Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

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

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

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

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

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

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4.1.Os acidentes ocorridos em consequência:

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

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

4.3. As doenças profissionais, ainda que classificadas como acidente de trabalho.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1.A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Agravo Mórbido:** Piora de uma doença
- 2.2. **Alienação Mental:** Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
- 2.3. **Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4. **Atividade Laborativa:** Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
- 2.5. **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. **Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7. **Cardiopatia Grave:** Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 2.8. **Cognição:** Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 2.9. **Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.10. **Consumpção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. **Dados Antropométricos:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- 2.12. **Deambular:** Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.13. **Declaração Médica:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.14. **Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.15. **Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.16. **Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.17. **Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.18. **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

- 2.19. **Doença em Estágio Terminal:** Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.20. **Doença Neoplásica Maligna Ativa:** Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 2.21. **Doença Profissional:** Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 2.22. **Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.23. **Etiologia:** Causa de cada doença.
- 2.24. **Fatores de Risco e Morbidade:** Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.25. **Hígido:** Saudável.
- 2.26. **Médico Assistente:** Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.27. **Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.28. **Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.29. **Recidiva:** Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.30. **Refratariedade Terapêutica:** Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.31. **Relações Existenciais:** Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.32. **Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.33. **Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.34. **Transferência Corporal:** Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. COBERTURA

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

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Considera-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, **provenientes exclusivamente de doença**:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença**;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que

acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;

f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) Deficiência visual, **decorrente de doença**:

- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

- Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

- Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou

- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

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

i) Estados mórbidos, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

5. DEMAIS RISCOS COBERTOS

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

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

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

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

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

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

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

6. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional, salvo quando previsto o contrário nas Condições Contratuais;

c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

7. DATA DO SINISTRO

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

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

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

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

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

8.2. A Sociedade Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

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

10. FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado poderá ser realizado sob a forma de pagamento único ou renda, conforme itens 20 e 21 das Condições Gerais, conforme acordado pelas partes contratantes e estabelecido nas Condições **Contratuais**.

11. CANCELAMENTO DO SEGURO

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

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

12. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

12.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

13. RATIFICAÇÃO

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

DOCUMENTO 1

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO	20

	(CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	
ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONECTIVIDADE E DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

DOCUMENTO 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

1. OBJETIVO

1.1. Garante ao próprio segurado o pagamento antecipado do capital segurado da cobertura de Morte, em caso de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nestas condições, e cujo valor do capital segurado individual será definido na contratação.

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

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

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

2.3. **Médico-Assistente:** médico que está assistindo o segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

3. COBERTURA

3.1. Entende-se por Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

3.1.1. A atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a sua invalidez.

3.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de que trata este artigo, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

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

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

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

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos:

- a) pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa;
- b) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência direta e/ou indireta

de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;

c) doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito direta ou indireta, em qualquer expressão, com a(s) atividade(s) profissional(is) exercida(s) pelo segurado, em qualquer momento pregresso;

d) doenças agravadas por traumatismos;

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

f) toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no âmbito dos riscos cobertos;

g) situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como invalidez decorrente de acidente de trabalho; e

h) ocorrências de reabilitação profissional concedida através de certificado emitido por instituições oficiais da Previdência Social.

5. DATA DO SINISTRO

5.1. A data da Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença será a indicada na carta de concessão de aposentadoria por invalidez por doença emitida **por instituições oficiais da Previdência Social** ou na Declaração Médica devidamente preenchida e assinada por médico assistente nos casos de doença terminal.

6. CARÊNCIA

6.1. Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido no contrato.

6.2. O período de carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou Exame Médico.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. A idade máxima para adesão à cobertura e permanência sob a mesma será definida no contrato.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1. Reconhecida a Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença, o pagamento do Capital Segurado contratado poderá ser realizado sob a forma de pagamento único ou renda, conforme previsto nos itens 20 e 21 das Condições Gerais, cuja modalidade será decidida pelas partes contratantes e definida no contrato.

9. PERÍCIA MÉDICA

9.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

9.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

10. CANCELAMENTO DO SEGURO

10.1. Desde que efetivamente caracterizada e comprovada, por ser a Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença uma antecipação da cobertura de Morte, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte e o seguro será cancelado. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos com atualização monetária.

10.2. Caso não seja comprovada a Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.

11. DESPESAS DE CONTRATAÇÃO

11.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença serão de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão, por si só, ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

12. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

12.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

13. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETO

1.1. As presentes Condições Especiais têm como objetivo garantir o reembolso ao(s) Beneficiário(s) deste Seguro, das despesas efetivamente gastas com o funeral do Segurado, até o valor do Capital Segurado contratado, caso o Segurado venha a falecer durante a vigência deste Seguro.

2. GARANTIA

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

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

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

2.2.1. O reembolso somente será efetuado mediante a apresentação das notas fiscais dos gastos, conforme o item 4 destas Condições Especiais.

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

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

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

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

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

4.1.1.2. O valor do reembolso estará limitado ao Capital Segurado contratado, já incluído neste as despesas com traslado.

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

(conforme o padrão contratado) para a execução do féretro.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;**
- d) de suicídio do Segurado, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;**
- e) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, bem como pelos sócios controladores, dirigentes e administradores.**

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

- a) Prestações de serviços não descritos no item 2. destas Condições Especiais sem a prévia autorização expressa da Seguradora;**
- b) Busca ao corpo do Segurado falecido, realização de provas, bem como as formalidades legais e burocráticas, no caso do Segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja a sua natureza, implicando em morte presumida;**
- c) Despesas com exumação dos corpos que já estiverem no jazigo quando do sepultamento;**
- d) Aquisição de jazigo.**

7. BENEFICIÁRIO

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

8. RATIFICAÇÃO

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

1. OBJETO

1.1 As presentes Condições Especiais têm como objetivo indenizar o(s) Beneficiário(s) deste Seguro, o Capital Segurado contratado, a título de Auxílio Funeral, caso o Segurado venha a falecer durante a vigência deste Seguro.

2. GARANTIA

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) Prestações de serviços de qualquer espécie, ficando a Seguradora responsável apenas pelo pagamento da indenização, quando devido;
- b) Busca ao corpo do Segurado falecido, realização de provas, bem como as formalidades legais e burocráticas, no caso do Segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja a sua natureza, implicando em morte presumida.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

5. RATIFICAÇÃO

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

1. OBJETO

1.1. As presentes Condições Especiais têm como objetivo indenizar o(s) Beneficiário(s) deste Seguro, o valor do Capital Segurado contratado, a título de Auxílio Cesta Básica, caso o Segurado venha a falecer durante a vigência deste Seguro.

2. GARANTIA

2.1. Esta garantia corresponde à indenização de um Capital Segurado adicional ao da garantia de Morte, proporcionando ao Beneficiário a possibilidade de custear as despesas básicas de alimentação, em caso de morte.

A indenização poderá ser paga de forma única ou em parcelas mensais e sucessivas, conforme estabelecido nas Condições **Contratuais**, sendo o valor de cada parcela equivalente ao capital segurado da garantia dividido pelo número de parcelas.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

4. RATIFICAÇÃO

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

1. OBJETO

1.1 As presentes Condições Especiais têm como objetivo indenizar o(s) Beneficiário(s) deste Seguro, o Capital Segurado contratado, a título de Auxílio Despesa, caso o Segurado venha a falecer durante a vigência deste Seguro.

2. GARANTIA

2.1 Esta garantia corresponde à indenização de um Capital Segurado adicional ao da garantia de Morte, a título de Auxílio Despesa, proporcionando ao Beneficiário a possibilidade de custear ou reduzir alguma despesa pessoal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) Prestações de serviços de qualquer espécie, ficando a Seguradora responsável apenas pelo pagamento da indenização, quando devido;
- b) Indenização em forma de pagamento de serviços ou reembolso de despesas, qualquer que seja a natureza.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

5. RATIFICAÇÃO

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

1. OBJETIVO

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

1.2. Esta cobertura somente poderá ser oferecida como adicional da cobertura básica de morte e não poderá ser contratada junto com a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD.

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

2. COBERTURA

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

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

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

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

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

- Doença Cardíaca Grave;
- Doença Pulmonar Grave;
- Doença Renal Grave;
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);
- Paralisia Irreversível e Incapacitante;
- Doença Neoplásica Maligna.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.7. O pagamento da Indenização relativa a esta garantia extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do prêmio, quando o percentual de antecipação corresponder a totalidade do capital segurado da garantia de morte.

3. CAPITAL SEGURADO

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

4. CARÊNCIA

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

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Não estão cobertos por esta garantia os seguintes casos:

- 5.1.1.** Doenças diagnosticadas antes do cumprimento do Prazo de Carência;
- 5.1.2.** Doenças que não obedeçam a descrição estabelecida no item 2. ;
- 5.1.3.** Doenças profissionais;
- 5.1.4.** Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências.

6. BENEFICIÁRIO

6.1. Para fins desta cobertura, é o próprio Segurado.

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

8. RATIFICAÇÃO

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

1. OBJETIVO

1.1. Pelas presentes Condições Especiais, esta cobertura tem como objetivo pagar ao(s) Estipulante(s) deste Seguro, uma indenização a título de auxílio para o custeio das despesas rescisórias ou reembolso dessas despesas, desde que efetivamente comprovadas, caso o Segurado venha a falecer durante a vigência deste Seguro.

2. COBERTURA

2.1. Esta cobertura, na ocorrência do falecimento do Segurado Principal durante a vigência do Seguro, garante ao(s) Estipulante(s) uma indenização a título de auxílio para o custeio das despesas com a rescisão do contrato de trabalho celebrado entre o(s) Estipulante(s) e o Segurado Principal ou o reembolso dessas despesas, desde que efetivamente comprovadas, respeitado o disposto nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais da Apólice e as disposições legais aplicáveis.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. A indenização e o reembolso estão limitados ao valor de capital segurado contratado.

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

4. CUSTEIO

4.1. Esta cobertura deverá ser inteiramente custeada pelo Estipulante.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.**

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula tem como objetivo incluir os cônjuges dos Segurados Principais no seguro, respeitadas as condições contratuais.

2. GARANTIAS

2.1. Poderão ser contratadas as mesmas garantias previstas para o Segurado Principal.

2.2. O capital segurado da garantia básica do cônjuge não poderá exceder a 100 % (cem por cento) do capital do respectivo Segurado Principal.

3. FORMAS DE INCLUSÃO E ACEITAÇÃO

3.1. Os cônjuges poderão ser incluídos na apólice de forma **automática** ou **facultativa**.

3.2. A forma de inclusão do cônjuge será definida de comum acordo entre Estipulante e Seguradora e constará nas Condições Contratuais do Seguro.

3.3. Automática: A inclusão no seguro de todos os cônjuges dos Segurados Principais é realizada **automaticamente**, mediante a assinatura e o preenchimento da proposta de adesão, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis. **A proposta de adesão poderá ser preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.**

3.4. Facultativa: A inclusão no seguro dos cônjuges dos Segurados Principais é realizada **facultativamente, por solicitação expressa do respectivo Segurado Principal**, mediante a assinatura e o preenchimento da proposta de adesão, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis. **A proposta de adesão poderá ser preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.**

3.5. São equiparados aos cônjuges as(os) companheiras(os) dos Segurados Principais, se ao tempo do contrato o(a) segurado(a) era separado(a) judicialmente, ou se já se encontrava separado(a) de fato.

4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

4.1. O início de vigência será no momento do início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, para o cônjuge admitido no seguro simultaneamente com o mesmo.

4.2. Caso o cônjuge seja incluído no seguro após o início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, terá seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas do dia do pagamento da primeira parcela do prêmio relativa às garantias contratadas por esta Condição Especial.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. Em caso de morte do cônjuge, a indenização será devida ao Segurado Principal.

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

6. CANCELAMENTO DO SEGURO DO CÔNJUGE

O seguro do cônjuge será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da apólice:

a) com o cancelamento da respectiva cláusula suplementar mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo

- segurado;
- b) nos casos de exclusão do Segurado Principal da apólice, inclusive por morte;
 - c) no caso de cessação de condição de dependente, inclusive por separação judicial ou divórcio;
 - d) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão do cônjuge for facultativa.

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

8.1. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais e deste seguro, que não modificadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula tem como objetivo incluir os filhos dos Segurados Principais e/ou dos cônjuges segurados pela Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge no seguro, respeitadas as condições contratuais.

2. GARANTIAS

2.1. Poderão ser contratadas as mesmas garantias previstas para o Segurado Principal, observada a restrição de menores de 14 anos prevista no subitem 1.2. Condições Especiais de Morte.

3. FORMAS DE INCLUSÃO E ACEITAÇÃO

3.1. Os filhos poderão ser incluídos na apólice de forma **automática** ou **facultativa**.

3.2. A forma de inclusão do filho será definida de comum acordo entre Estipulante e Seguradora e constará nas Condições Contratuais do Seguro.

3.3. Automática: A inclusão no seguro de todos os filhos dos Segurados Principais é realizada **automaticamente**, mediante a assinatura e o preenchimento da proposta de adesão pelo Segurado Principal, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

3.4. Facultativa: A inclusão no seguro dos filhos dos Segurados Principais é realizada **facultativamente, por solicitação expressa do respectivo Segurado Principal**, mediante a assinatura e o preenchimento da proposta de adesão pelo Segurado Principal, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

3.5. São equiparados aos filhos os enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda:

3.6. Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependente daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito da Cláusula.

4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

4.1. O início de vigência será no momento do início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, para o filho admitido no seguro simultaneamente com o mesmo.

4.2. Caso o filho seja incluído no seguro após o início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, terá seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas do dia do pagamento da primeira parcela do prêmio relativa à garantia contratada por esta Condição Especial.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. Em caso de morte do filho, a indenização será devida ao Segurado Principal. Nas demais coberturas que o filho esteja coberto, será o próprio filho segurado.

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

6. CANCELAMENTO DO SEGURO DO FILHO

6.1. O seguro do filho será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da apólice:

a) com o cancelamento da respectiva cláusula suplementar mediante anuência prévia e expressa

de segurados que representem no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
b) nos casos de exclusão do Segurado Principal da apólice, inclusive por morte;

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste seguro, que não modificadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula tem como objetivo incluir os ascendentes dos Segurados Principais no seguro contratado, respeitadas as condições contratuais.

2. GARANTIAS

2.1. Poderão ser contratadas as mesmas garantias previstas para o Segurado Principal.

2.2. Para efeito deste seguro, consideram-se como ascendentes, o pai e a mãe do segurado principal;

3. FORMAS DE INCLUSÃO E ACEITAÇÃO

3.1. Os ascendentes poderão ser incluídos na apólice de forma **automática** ou **facultativa**.

3.2. A forma de inclusão dos ascendentes será definida de comum acordo entre Estipulante e Seguradora e constará nas Condições Contratuais do Seguro.

3.3. Automática: A inclusão no seguro de todos os ascendentes dos Segurados Principais é realizada **automaticamente**, mediante a assinatura e o preenchimento da proposta de adesão, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis. **A proposta de adesão será preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.**

3.4. Facultativa: A inclusão no seguro dos agregados dos Segurados Principais é realizada **facultativamente, por solicitação expressa do respectivo Segurado Principal**, mediante a assinatura e o preenchimento da proposta de adesão, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis. **A proposta de adesão será preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.**

4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

4.1. O início de vigência será o mesmo da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, para os ascendentes admitidos no seguro simultaneamente com o mesmo.

4.2. Caso os ascendentes sejam incluídos no seguro após o início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, terá seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas do dia do pagamento do primeiro prêmio relativo às garantias contratadas por esta Condição Especial.

5. BENEFICIÁRIOS

5.1. Em caso de morte do cônjuge, a indenização será devida ao Segurado Principal.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA DOS AGREGADOS

6.1. A cobertura dos agregados será obrigatoriamente cancelada, além dos casos de cancelamento da apólice:

- a) com o cancelamento da respectiva cláusula suplementar mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;**
- b) nos casos de exclusão do Segurado Principal da apólice, inclusive por morte;**
- c) no caso de cessação de condição de agregado, inclusive por separação judicial ou divórcio, no caso de sogro(a).**
- d) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão dos agregados for facultativa; ou**
- e) com a inclusão dos agregados no grupo segurável principal.**

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

8.1. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais e deste seguro, que não modificadas por esta Cláusula Suplementar.

1. OBJETIVO

- 1.1 É a garantia do pagamento de uma importância segurada ao segurado, em decorrência de diagnóstico definitivo de qualquer uma das doenças ou danos permanentes cobertos ou ainda caso o segurado seja submetido a um dos procedimentos cirúrgicos cobertos devidamente especificadas no item 2 (Riscos Cobertos).

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1 Para os efeitos desta cobertura, são consideradas “Doenças Graves”, exclusivamente, as patologias, danos ou eventos listados abaixo:

2.1.1 **Câncer:** Tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolada de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. Exceto se houver exclusão específica, a definição de câncer também inclui leucemia, linfoma maligno e síndrome mielodisplásica.

2.1.2 **Infarto Agudo do Miocárdio:** Morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto do miocárdio se baseia no comportamento (elevação e queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio, concomitante com mais dois critérios:

- a) Sintomas de isquemia (p.ex. dor torácica)
- b) Alterações recentes no eletrocardiograma (ECG) indicativas de isquemia recente (mudanças recentes ST - T ou novo bloqueio de ramo esquerdo), ou desenvolvimento de ondas “Q” patológicas no ECG.
- c) Evidências recentes em exames de imagem (ecocardiograma ou coronariografia) evidenciando perda de tecido miocárdico ou alterações da mobilidade das paredes cardíacas.

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico cardiologista.

2.1.3 **Acidente Vascular Cerebral:** Morte de tecido encefálico devido a evento encéfalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoide), ou embolia originada em uma fonte extracraniana com:

- a) instalação aguda de novos sintomas neurológicos, e
- b) constatação de novos déficits neurológicos objetivos no exame clínico.

O déficit neurológico deve persistir por mais de 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

2.1.4 **Cirurgia de revascularização do miocárdio com implante de ponte vascular (Bypass):**

Cirurgia cardíaca para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com o implante de enxerto vascular (Bypass). A via de acesso deverá ser obtida por meio de esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) ou por meio de procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia). A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.

2.1.5 **Insuficiência Renal Terminal:** Etapa final da doença renal crônica caracterizada pela perda irreversível da função renal, caracterizado por um índice de filtração glomerular abaixo dos 15 ml por minuto (doença renal crônica estágio 5), com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e demonstrado por exames complementares apropriados, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

- 2.1.6 Transplante de Órgãos:** Procedimento cirúrgico em que o segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas, rim, intestino delgado (inclui transplante parcial) ou medula óssea. O transplante parcial ou total da face, mão, braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta definição. Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.
- 2.1.7 Paralisia de membros:** Perda total, completa e irreversível da função motora de dois ou mais membros, decorrente de trauma (acidente pessoal coberto) ou doença que afete a medula espinhal ou o encéfalo. Por total, entende-se força muscular grau 0 (ausência de contração muscular) ou grau 1 (discreta contratilidade, sem movimento da articulação), conforme classificação de força muscular do MRC – Medical Research Council. Por completa, entende-se que a paralisia motora deve afetar todo o membro (superior ou inferior) e não apenas parte deste. Por irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante da paralisia motora com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 90 dias após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.
- 2.1.8 Cegueira / Perda da visão:** Perda irreversível, total ou quase total, da visão de ambos os olhos causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença, obedecendo aos seguintes critérios:
- a) acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível; ou
 - b) campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.
- O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, feito por oftalmologista e evidenciado por exames específicos.
- 2.1.9 Surdez / Perda da audição:** Perda profunda e irreversível da audição de ambos os ouvidos, causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença, obedecendo ao seguinte critério:
- Os limiares auditivos sensorio-neurais aferidos por audiograma devem ser maiores ou iguais a 90dB (decibéis), simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz e em ambas as orelhas.
- O diagnóstico deve ser feito por médico otorrinolaringologista, evidenciado por exames audiológicos e aceito pelas sociedades médico-científicas especializadas.
- 2.1.10 Mudez / Perda da fala:** Perda total e irreversível da capacidade de falar causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença que afete diretamente a laringe ou os seus nervos, comprometendo a função das pregas vocais. Por total, entende-se a incapacidade de compreensão da maior parte das palavras emitidas (p.ex.: voz muito rouca, voz com volume irregular, fala arrastada, ritmo irregular ou anormal da fala). Por irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 180 dias após a data do diagnóstico.
- O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (otorrinolaringologista ou cirurgião de cabeça e pescoço) e embasado por exames especializados.
- 2.1.11 Esclerose múltipla:** Diagnóstico de certeza de esclerose múltipla, documentado por ressonância magnética (RNM) que mostre pelo menos duas lesões desmielinizantes características da esclerose múltipla acometendo encéfalo / medula espinhal de idades e localizações diferentes e que atenda a pelo menos um dos seguintes critérios:
- a) Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 meses e/ou
 - b) Surto clinicamente bem documentado acompanhado de alterações características no líquido (fluido cérebro-espinhal)

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

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

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

2.4 Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico definitivo de doenças graves previstas nestas condições especiais, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico definitivo de mais de uma doença grave. Esta garantia será cancelada após o recebimento da indenização, sendo o valor do prêmio do seguro relativo a esta cobertura deduzido do prêmio total.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3.1.1 Câncer:

- a) Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não-invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intra-epitelial cervical —(LSIL ou HSIL ou NIC-1, NIC-2 e NIC-3).
- b) Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 ou estadiamento menos avançado que T2, N0, M0.
- c) Leucemia linfocítica (ou linfóide) crônica – LLC no estágio A de Binet.
- d) Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno de pele estágio IA (T1a, N0, M0), ou quando o índice de Breslow for inferior a 1mm associado à classificação de Clark inferior ao nível III.
- e) Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0.
- f) Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta.
- g) Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial.
- h) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.
- i) Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori.
- j) Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estágios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010.
- k) Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia.
- l) Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia ou radioterapia.
- m) Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estágio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.
- n) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), exceto se a infecção pelo HIV tenha sido contraída após o início de vigência da apólice.

3.1.2 Infarto Agudo do Miocárdio:

- a) Angina instável;
- b) Angina estável;
- c) Elevação da troponina sem relação clara com cardiopatia isquêmica (p. ex. miocardite, aneurisma apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, intoxicação medicamentosa).
- d) Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais, ou causado por vasoespasmo coronariano, ponte miocárdica ou uso de drogas.
- e) Infarto do miocárdio que ocorra até 14 dias após angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio.

3.1.3 Acidente Vascular Cerebral:

- a) Achados de imagem incidentais (CT ou RNM) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVE silencioso).

- b) Ataque isquêmico transitório (TIA) e déficit neurológico isquêmico reversível prolongado (PRIND).
- c) Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos.
- d) Hemorragias encefálicas pós-operatórias.
- e) Déficits neurológicos decorrentes de: hipóxia, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou procedimentos médicos.
- f) Déficits neurológicos decorrentes de: desordens isquêmicas do sistema vestibular ("labirinto"), morte de células da retina ou morte do tecido do nervo óptico.

3.1.4 Cirurgia de revascularização do miocárdio com implante de ponte vascular (bypass):

- a) Angioplastia coronariana, com ou sem colocação de stent; procedimentos endovasculares.

3.1.5 Insuficiência renal terminal:

- a) Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.

3.1.6 Transplante de Órgãos:

- a) Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano.
- b) Transplantes com órgão de animais, não humanos.
- c) Autotransplantes (medula, mãos etc.).
- d) Transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados.
- e) Transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas).
- f) Transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.

3.1.7 Paralisia de membros:

- a) Paralisias provocada por síndrome de Guillain-Barré.
- b) Paralisias hereditárias ou congênitas.
- c) Paralisias provocadas por distúrbios psiquiátricos ou psicológicos.

3.1.8 Mudez / Perda da fala:

- a) Perda da capacidade de falar psicogênica / psiquiátrica ou decorrente de lesões ou doenças no sistema nervoso central.

3.1.9 Esclerose múltipla:

- a) Diagnóstico provável de esclerose múltipla.
- b) Síndromes neurológicas ou alterações em exames de imagem isoladas que sejam sugestivas, mas não conclusivas, de esclerose múltipla.
- c) Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 Para efeito do cálculo da indenização, será considerado o valor do capital segurado vigente na data de ocorrência do sinistro.

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

4. PRAZO DE CARÊNCIA

4.1 Somente serão garantidos por esta cobertura os eventos ocorridos a partir de 90 (noventa) dias, contados do início da vigência desta cobertura.

4.1.1 No caso de Esclerose Múltipla, somente serão garantidos por esta cobertura os eventos ocorridos a partir de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contados do início da vigência desta cobertura.

4.1.2 Não há carência em caso de acidente pessoal coberto.

4.2 O período de carência também será aplicado aos casos de aumento de capital segurado após o início de vigência do seguro, para o capital aumentado.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 16 - Liquidação de Sinistros das condições gerais.

6. RATIFICAÇÃO

6.1 Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais desta apólice que não foram modificadas por estas condições especiais.

7. GLOSSÁRIO DE TERMOS MÉDICOS - DOENÇAS GRAVES

Abscesso da próstata	Infecção bacteriana com coleção purulenta (pus) no interior da próstata, geralmente causada por complicação de prostatite.
Acidente Vascular Cerebral	Doença de início súbito, causada pela interrupção do fluxo sanguíneo em uma determinada região do cérebro. Pode ser ocasionado pela oclusão de uma artéria (acidente vascular cerebral isquêmico) ou por uma ruptura de uma artéria ou aneurisma (acidente vascular cerebral hemorrágico). Os sinais e sintomas dependem da região do cérebro afetada.
Acuidade visual	É a capacidade do olho para distinguir o contorno e a forma dos objetos.
AIDS	Acrônimo em inglês para Acquired ImmunoDeficiency Syndrome (em português Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida)
Alcoolismo	Doença caracterizada pela ingestão crônica de bebidas alcoólicas com prejuízo da saúde física e mental e do comportamento social do indivíduo.
Aldosteronismo	Distúrbio hormonal em que ocorre produção excessiva de aldosterona, o que leva ao aumento da pressão arterial. Aldosterona é um hormônio produzido pelas glândulas suprarrenais e tem como função a eliminação de potássio e a retenção de sódio.
Alteração suspeita de Câncer	Tumores, lesões, nódulos, cistos etc., ainda em fase de investigação diagnóstica, que podem ser malignos.
Amputação	Secção de membros ou de partes deles.
Anemia	Condição clínica caracterizada por uma taxa de hemoglobina ou de glóbulos vermelhos abaixo do normal de acordo com o sexo e a idade do indivíduo. Inúmeras causas podem levar a anemia e que incluem, entre outras, perda sanguínea, deficiência na ingestão de nutrientes (por exemplo, ferro), destruição acelerada ou deficiência na produção dos glóbulos vermelhos
Anemia falciforme	Anemia causada por uma alteração genética que provoca uma alteração nas hemácias, que adquirem uma forma de foice (daí o nome falciforme) e perdem sua elasticidade. Essas alterações dificultam a passagem das hemácias pelos vasos de pequeno calibre, causando

	obstruções desses vasos, além de ocasionarem a destruição precoce dessas hemácias, provocando a anemia.
Anemia hemolítica	Anemia provocada por uma destruição e acelerada das hemácias (hemólise). Pode ser de causa hereditária ou adquirida.
Anemia por deficiência de ferro	Sinônimo: Anemia ferropriva Anemia causada pela diminuição de ferro no organismo, que pode ser de causada pela deficiência na ingestão de alimentos ricos em ferro na dieta, má-absorção intestinal ou perda sanguínea. O ferro faz parte da molécula de hemoglobina e a sua principal função no organismo é a de carregar o oxigênio. A deficiência de ferro provoca uma diminuição da produção da hemoglobina e a diminuição da liberação de oxigênio para as células do nosso organismo.
Anemia por deficiência de vitamina B12	Sinônimo: Anemia perniciosa Anemia causada por deficiência de vitamina B12 no organismo. A principal fonte de B12 são os alimentos de origem animal. Mas, para absorvê-la, o tubo digestivo depende de uma substância (fator intrínseco) produzido no estômago e de receptores localizados no intestino. É uma vitamina importante para a produção dos glóbulos vermelhos e para as funções do sistema nervoso. Os sintomas incluem, entre outros, palidez, cansaço, fraqueza muscular, dificuldade para andar, parestesias (dormências) nos pés e nas mãos. A principal causa da deficiência de B 12 é a produção insuficiente do fator intrínseco decorrente de uma atrofia gástrica, a chamada anemia perniciosa. Outras causas são cirurgias gástricas, doenças inflamatórias intestinais (em função da má absorção), alguns medicamentos e dietas vegetarianas.
Aneurisma	Dilatação anormal da luz de um vaso, normalmente de uma artéria. Doença aterosclerótica e hipertensão arterial são fatores que contribuem para o aparecimento de aneurismas. Os aneurismas podem ser também decorrentes de trauma ou estarem relacionados com doença congênita (síndrome de Marfan). Aneurismas também podem ocorrer nas paredes do coração.
Angina (Angina de Peito)	Dor ou sensação de opressão localizada no peito, decorrente de um quadro de insuficiência coronariana.
Angioplastia	Procedimento cirúrgico realizado para a dilatação de artérias que estejam obstruídas por doença

	aterosclerótica ou trombos. É realizada através da introdução de um cateter com um balão (geralmente através da artéria femoral) que é guiado até o lugar obstruído. Ao chegar no local, o balão é inflado para romper as placas de gordura e expandir o diâmetro arterial.
Antiagregante plaquetário	Medicamentos que evitam a ativação e a agregação das plaquetas e usados para prevenir trombozes em pacientes de risco.
Anticoagulante	Medicamentos que impedem a formação de coágulos, bloqueando as substâncias responsáveis pela coagulação. Podem ser injetáveis ou orais. São utilizados em pacientes que tiveram doenças provocadas por coágulos (por exemplo trombose venosa profunda) ou que tenha um risco maior de desenvolver.
Aórtica	Uma das válvulas cardíacas, situada na saída do ventrículo esquerdo e a aorta. Relativo à artéria aorta.
Arritmia Cardíaca	Consiste na alteração do ritmo cardíaco que se torna irregular ou muito rápido ou muito baixo. Pode ter várias causas.
Artrite psoriática	Quadro inflamatório que acomete as articulações, de origem autoimune e associado com a psoríase (doença dermatológica).
Artrite Reumatoide	Doença inflamatória crônica que compromete as articulações, especialmente as pequenas articulações das mãos e dos pés e que pode levar à destruição óssea e da cartilagem articular. Pode haver comprometimento de outros órgãos. É uma doença autoimune, ou seja, ocorre quando o nosso sistema imunológico ataca os próprios tecidos e órgãos.
Asma	É uma doença inflamatória crônica das vias aéreas caracterizada por uma hipersensibilidade a determinados estímulos, provocando um estreitamento dessas vias aéreas e que pode levar a dificuldades respiratórias, a chamada crise asmática.
Astigmatismo	Forma relativamente comum de deficiência visual na qual parte da imagem fica borrada devido a uma irregularidade na curvatura da superfície anterior do olho, a córnea.
Atrofia	Perda de volume ou tamanho de uma parte do organismo. A atrofia pode afetar um músculo, um órgão, um membro ou um tecido. A atrofia pode ser causada por uma patologia ou transtorno associado como a desnutrição, uma disfunção hormonal, uma vascularização insuficiente ou uma doença. Ela pode também ser provocada por uma ausência de renovação dos tecidos

	celulares. Quando uma parte do organismo não é utilizada, ela tende a se atrofiar.
AVC	Abreviatura de Acidente Vascular Cerebral.
Baço	Órgão do sistema linfático que tem como função filtrar o sangue, eliminando as células vermelhas e plaquetas que estejam envelhecidas ou danificadas. Também tem uma função importante no sistema imunológico, produzindo linfócitos ao detectar a presença de bactérias, vírus ou outros micro-organismos. Ele está localizado no lado esquerdo do abdômen superior. Embora seja um órgão importante é possível viver sem ele
Benigno	Diz-se da condição clínica que apresenta um prognóstico favorável, evoluindo para cura ou regressão dos sintomas; tumores que não produzem infiltrações ou metástases.
Biópsia	Diz-se da condição clínica que apresenta um prognóstico favorável, evoluindo para cura ou regressão dos sintomas; tumores que não produzem infiltrações ou metástases.
BI-RADS categoria 4 ou 5	Acrônimo para Breast Imaging-Reporting and Data System, classificação desenvolvida com o objetivo de padronizar a descrição dos achados radiológicos da mamografia de forma a reduzir o risco de interpretações subjetivas, evitando que um mesmo achado seja interpretado de forma diferente pelo médico radiologista que realizou o exame e pelo médico assistente da paciente que solicitou o exame.
Bradicardia sinusal	Condição na qual o ritmo cardíaco, em repouso, está abaixo do mínimo considerado normal (60 batimentos por minuto). Pode ser uma condição normal (por exemplo, atletas costumam ter uma frequência cardíaca abaixo do normal) ou pode ser uma manifestação de uma doença.
Breslow	Sistema de estadiamento do melanoma (tipo de câncer de pele), baseado na espessura do tumor.
Bronquite Crônica	Inflamação persistente da mucosa dos brônquios, e caracterizada por um grande aumento na produção de muco bronquial que produz tosse e expectoração durante pelo menos três meses consecutivos durante dois anos. O tabagismo é a principal causa da bronquite crônica
Bypass	Palavra de língua inglesa que significa contornar, desviar, dar a volta. Usada comumente para designar cirurgia para corrigir uma obstrução arterial (por exemplo na coronária ou nas artérias dos membros inferiores). Também pode ser usado para designar cirurgias do aparelho digestivo indicadas para a obesidade mórbida.
Cálculo	"Pedra", litíase.

	O cálculo é uma formação sólida que ocorrem principalmente na vesícula biliar e nos rins podendo ocorrer em outros locais como as glândulas salivares e o conduto lacrimal. Os cálculos são formados pela precipitação de substâncias que variam conforme o local de aparecimento. O sintoma principal é a dor causada pela obstrução provocada pelo cálculo
Câncer	Sinônimos: Tumor maligno, neoplasia maligna. Crescimento anormal de um tecido celular, capaz de invadir outros órgãos localmente ou à distância (metástases).
Carbamazepina	Medicação anticonvulsivante indicada principalmente no tratamento de epilepsia, mas também usada para doenças psiquiátricas e outras doenças neurológicas.
Carcinoma Basocelular	É o tipo de câncer de pele mais comum. Geralmente se manifesta na forma de uma área de pele ligeiramente elevada e indolor, que se pode apresentar brilhante e com pequenos vasos capilares ou com área de ulceração. Seu crescimento é lento e dificilmente invade outros tecidos e causa metástase. Geralmente ocorre nas partes do corpo que ficam mais expostas ao sol.
Carcinoma de células escamosas da pele	Sinônimos: Carcinoma espinocelular Tipo de câncer de pele originário na epiderme (camada externa da pele). Normalmente se manifesta na forma de um nódulo duro na pele com uma superfície escamosa, embora possa também formar uma úlcera. Também tem na exposição ao sol um fator de risco.
Carcinoma ductal	Tipo de câncer de mama, originada nas células que revestem os ductos mamários. É o tipo de câncer de mama mais frequente.
Carcinoma lobular	Tipo de câncer que se origina nos lóbulos mamários (glândulas responsáveis pela produção do leite).
Cardiomegalia	Aumento da área cardíaca. Pode ser decorrente de uma série de causas.
Cardiovascular	Relacionado ao coração e aos vasos sanguíneos.
Cateterismo Cardíaco	O cateterismo cardíaco, também conhecido como Cinecoronariografia ou Angiografia, é um exame invasivo que pode ser realizado de forma eletiva, para confirmar a presença de obstruções das artérias coronárias ou avaliar o funcionamento das valvas e do músculo cardíaco ou em emergências, para determinar a exata localização da obstrução que está causando o quadro

	coronariano agudo e planejar a melhor estratégia de intervenção.
Cegueira	Perda completa da visão.
Ceratocone	Doença degenerativa que provoca a deformação da córnea (membrana transparente que protege o olho) tornando-a mais fina e curva, adquirindo a forma de um pequeno cone. Não se conhece bem ao certo a causa do ceratocone, mas os estudos mostram que existe um componente hereditário.
Check-up	Palavra inglesa que na área médica é empregada com significado de verificação do estado de saúde por meio de exames médicos e laboratoriais abrangentes com a finalidade de detecção precoce de problemas.
Cintilografia	Exame para investigação diagnóstica que consiste na injeção endovenosa, ingestão ou inalação de uma substância radioativa com afinidade eletiva para um determinado órgão, permitindo o estudo da distribuição do isótopo radioativo nesse órgão, com o objetivo de detectar patologias muito no início, quando outros métodos não são capazes de diagnosticá-las.
Cirrose biliar primária	<p>Doença crônica caracterizada por uma inflamação progressiva dos canais biliares dentro do fígado que vão sendo gradativamente destruídos, provocando cicatrizes fibróticas no fígado e levando ao desenvolvimento da cirrose.</p> <p>A causa é desconhecida, mas a cirrose biliar primária normalmente ocorre em pessoas com doenças autoimunes e, portanto, ela é também considerada uma doença autoimune.</p>
Cirrose do pâncreas (Pancreatite crônica)	Doença caracterizada por um dano irreversível ao pâncreas, na qual as células normais são substituídas por um tecido cicatricial fibrótico, levando a perda progressiva da função pancreática. A causa mais frequente é o alcoolismo. As manifestações da doença são dor abdominal, diarreia, perda de peso e o aparecimento de diabetes.
Cirrose Hepática	Doença crônica do fígado na qual as células normais são substituídas por um tecido cicatricial fibroso que leva a uma alteração da arquitetura normal do fígado com a formação de nódulos de regeneração. As causas mais comuns de cirrose são o consumo de bebidas alcoólicas e infecções virais (hepatite). Com o passar dos anos há uma perda progressiva da função do fígado.
Cirurgia vascular	Especialidade médica relacionada ao tratamento cirúrgico das doenças das artérias, veias e vasos linfáticos. Procedimento cirúrgico para tratamento das artérias, veias e vasos linfáticos.

Cisto	Tumor com conteúdo líquido, semilíquido ou pastoso; , formado a partir do tecido epitelial ou de restos epiteliais embrionários. Um cisto pode se formar em qualquer lugar do corpo.
Clark	Sistema de estadiamento do melanoma de pele, baseado na profundidade que o tumor atinge.
Cocaína	Também conhecida por coca é uma substância estimulante, com efeitos anestésico, utilizada fundamentalmente como uma droga recreativa. Pode ser aspirada, fumada ou injetada e é extremamente viciante, graças aos efeitos provocados sobre o cérebro, mesmo se consumida por um curto período.
Colangite	Inflamação das vias biliares que pode ocorrer por diversas causas, sendo as mais comuns obstruções por cálculos ou tumores.
Colite ulcerativa	Doença autoimune caracterizada pela inflamação crônica do intestino grosso (cólon) com o aparecimento de úlceras (feridas) na camada mais superficial do cólon. Esse quadro provoca sintomas como diarreia com sangue, cólicas e febre.
Colo do útero	Porção inferior do útero onde se encontra a abertura do órgão, localizada no fundo da vagina. O colo do útero separa os órgãos internos e externos da genitália feminina estando mais exposto ao risco de doenças e alterações relacionadas ao ato sexual.
Cólon	Maior porção do intestino grosso. É dividido em cólon ascendente, transverso, descendente e sigmoide.
Coluna Vertebral	Estrutura que sustenta o corpo, estendendo-se do crânio até a pelve. Ela é composta por uma série de ossos, chamados vértebras, as quais estão sobrepostas em forma de uma coluna (daí o termo coluna vertebral). A coluna vertebral é dividida em 4 regiões: cervical (7 vértebras), torácica (12 vértebras), lombar (5 vértebras), sacro (5 vértebras) e o cóccix (4 vértebras).
Coronárias	As coronárias são os vasos responsáveis pela circulação do sangue no músculo cardíaco (miocárdio).
Corticoide	Sinônimos: corticosteroides, cortisona, cortisol. 1.Hormônios produzidos pelas glândulas suprarrenais ou 2.Grupo de medicamentos que possuem forte ação anti-inflamatória, sendo muito utilizados no tratamento de reações alérgicas e inflamações agudas ou crônicas.

Criptorquidia	A criptorquidia ocorre quando um ou ambos os testículos não se encontram na bolsa escrotal no momento do nascimento do bebê. As causas mais comuns são um atraso no amadurecimento do feto e uma deficiência de estímulos hormonais. Aproximadamente 75 % dos casos esse problema é resolvido espontaneamente nos primeiros 12 meses de vida. Caso isso não aconteça há necessidade de tratamento, que pode ser feito com a administração de hormônios ou cirurgia.
Demência	Demência é o declínio geral das habilidades mentais, como memória, linguagem e raciocínio que persiste por toda a vida e pode interferir com as atividades normais da pessoa e seus relacionamentos. Pessoas com demência podem se tornar confusas, incapaz de lembrar as coisas ou perder habilidades que antes tinham, incluindo as tarefas do dia-a-dia. A doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência. Outra causa comum, a demência vascular é geralmente causada por episódios isquêmicos cerebrais.
Depressão	A depressão é uma doença muito comum, apresentando em geral uma evolução crônica, caracterizada por episódios recorrentes. Ela afeta negativamente os sentimentos do paciente sua forma de pensar e de agir. É muito diferente da sensação comum de sentir-se triste ou cansado por um período curto de tempo – sensação esta que todos experimentam em algum momento da vida. Dentre os principais sintomas podemos destacar: humor deprimido, perda de interesse, sensação de cansaço, diminuição da atenção e da concentração, autoestima e autoconfiança reduzidas, ideias de culpa e inutilidade, visão pessimista do futuro, sono perturbado e ideias de suicídio, entre outros.
Derivação (Bypass)	Vide Bypass.
Derrame	Acúmulo anormal de líquido em qualquer cavidade (derrame pleural, derrame pericárdico).
Descolamento da retina	Alteração ocular caracterizada pelo desprendimento da retina da superfície interna do globo ocular. Essa separação interrompe o fornecimento de nutrientes e promove a degeneração celular. Pode ser decorrente de trauma, doença ou mesmo acontecer de forma espontânea e se não tratado adequadamente pode evoluir para perda total da visão.
Diabetes Mellitus	Grupo de doenças metabólicas que têm como característica comum o aumento da glicose no

	sangue (hiperglicemia). Isso acontece quando há uma produção insuficiente de insulina ou quando não se consegue empregar adequadamente a insulina que produz. Os sinais e sintomas da hiperglicemia incluem cansaço intenso e sem motivo, emagrecimento, sede intensa, infecções de repetição, aumento do volume urinário, fome exagerada, visão turva entre outros.
Diabetes Mellitus tipo 1	Tipo de diabetes menos frequente, de causa autoimune, que resulta em destruição das células beta do pâncreas, responsáveis pela produção de insulina. Geralmente ocorre em crianças e adolescentes, embora haja uma forma adulta. Sempre requer tratamento com insulina. Antigamente era conhecido como diabetes juvenil.
Diabetes Mellitus tipo 2	Tipo de diabetes mais frequente, e ocorre quando há uma deficiência relativa de insulina. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Pode requerer ou não tratamento com insulina.
Dioptrias	Unidade de medida que se refere ao poder de refração das lentes em um sistema óptico. Popularmente é conhecida como o “grau” dos óculos. Um grau é igual a uma dioptria.
Distensão abdominal	Aumento do volume abdominal, que tem como principal causa a produção de gases, muitas vezes decorrentes da ingestão de alguns alimentos e bebidas ou má digestão. Outras causas incluem prisão de ventre, verminoses, menstruação e outras condições mais graves como apendicite aguda, obstrução intestinal ou outras doenças abdominais agudas.
Distúrbio da coagulação	Distúrbios de coagulação ocorrem quando o organismo é incapaz de produzir quantidades suficientes das proteínas que são necessárias para ajudar o sangue a coagular, interrompendo a hemorragia. Essas proteínas são chamadas de fatores de coagulação. Todos os fatores de coagulação são sintetizados no fígado. O fígado necessita de vitamina K para produzir alguns dos fatores de coagulação.
Diverticulite	Inflamação aguda de um divertículo. Divertículos são pequenas bolsas que se formam nas paredes do intestino grosso (cólon e sigmoide), em função do enfraquecimento dos tecidos do intestino. Causa dor, febre, pode necessitar de tratamento com antibióticos ou, mais raramente, cirurgia, em casos de complicações como perfuração e formação de abscessos.
Doença cardíaca congênita	Termo genérico utilizado para descrever anormalidades estruturais do coração e dos grandes vasos, presentes ao nascimento.

Doença cardiovascular	Doença que acomete o coração e os vasos sanguíneos (artérias, veias, capilares etc.).
Doença coronariana	Doença que acomete as artérias coronárias, que são artérias que irrigam o coração. A obstrução de uma artéria coronária pode resultar em angina ou infarto do miocárdio.
Doença da próstata	Próstata: glândula do sistema reprodutor masculino responsável por produzir o líquido e as proteínas que acompanham os espermatozoides no sêmen.
Doença de Alzheimer	Doença neurológica degenerativa, de caráter progressivo que se caracteriza por distúrbios de memória, desorientação e demência.
Doença de base (subjacente)	Diz-se da doença responsável por uma manifestação patológica.
Doença de Crohn	Doença de Crohn é uma doença inflamatória do trato gastrointestinal. Ela afeta predominantemente a parte inferior do intestino delgado (íleo) e intestino grosso (cólon), mas pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal. A doença de Crohn habitualmente causa diarreia, cólica abdominal, às vezes febre, e sangramento retal. Também pode ocorrer perda de apetite e emagrecimento.
Doença do neurônio motor	Grupo de doenças neurológicas que afetam seletivamente os neurônios motores, que controlam a atividade muscular voluntária, incluindo a fala, o caminhar, a respiração, a deglutição e o movimento geral do corpo. Estão incluídas nesse grupo a Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Atrofia Muscular Progressiva (AMP), Esclerose Lateral Primária (ELP) e Paralisia Bulbar Progressiva(PBP).
Doença fibrocística do pâncreas	Sin.: Mucoviscidose. Doença genética que afeta as glândulas exócrinas que produzem muco, suor e enzimas pancreáticas fazendo com que as secreções produzidas por essas glândulas se tornem espessas, levando a problemas respiratórios, digestivos, retardo no crescimento, infertilidade.
Doença Hepática	Doença do fígado.
Doença isquêmica do coração	Vide doença coronariana.
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	Conjunto de doenças caracterizadas por sintomas respiratórios persistentes com obstrução à passagem normal do ar através dos brônquios que não é totalmente reversível. Fazem parte:

	Bronquite Crônica, Enfisema Pulmonar, Asma Crônica Persistente.
Doença Renal Policística	Doença hereditária na qual há uma formação de cistos. que progressivamente vão crescendo o que acaba levando a perda da função renal.
Doença Respiratória	Doença do sistema respiratório: laringe, traqueia, brônquios, bronquíolos, alvéolos, pulmões, pleura.
Doença vascular arterial	Doença que acomete as artérias.
Doença Vascular Periférica	Conjunto de doenças que afeta os vasos sanguíneos, especialmente as artérias dos membros inferiores, geralmente causando obstrução. Exclui-se aorta, artérias cerebrais e artérias coronárias.
Doenças Infectocontagiosas	Doenças infecciosas e contagiosas. Hepatite: inflamação do fígado que pode ser causada por infecção (p.ex. vírus tipo A, B, C e outros).
Doenças Renal	Doenças que afetam os rins.
ECG	Abreviação de eletrocardiograma.
Ecocardiograma	Sin.: Ecocardiografia. Método diagnóstico não invasivo que utiliza o eco gerado através de ondas ultrassônicas de alta frequência para visualizar, em tempo real, a forma e o funcionamento do coração.
Embolia	Bloqueio de uma artéria causado por um corpo estranho chamado êmbolo, que pode ser um coágulo (tromboembolismo), uma partícula de gordura (embolia gordurosa), uma bolha de ar ou outro tipo de gás (embolia gasosa). O bloqueio pode causar uma obstrução parcial ou total, levando à uma isquemia da região irrigada pela artéria. Os sintomas vão depender do órgão comprometido.
Embolia pulmonar	Obstrução das artérias dos pulmões causadas por coágulos que, na maior parte das vezes, se formam nas veias profundas das pernas ou da pélvis e são liberados na circulação sanguínea. Apesar de mais raros, também existem casos de embolias gordurosas provocadas por fraturas, de ossos dos membros inferiores e embolias gasosas.
Endocardite	Doença, usualmente infecciosa, que acomete o endocárdio (tecido que reveste o coração por dentro) ou as válvulas cardíacas. Na sua grande

	maioria é causada por bactérias e eventualmente fungos. Algumas doenças podem cursar com endocardite não infecciosa (alguns tumores, lúpus eritematoso sistêmico).
Endocrinológico	Relacionado à produção de hormônios que exercem uma ação reguladora sobre a atividade de outros órgãos ou tecidos. Exemplos de distúrbios: doenças da glândula hipófise (pituitária), das glândulas suprarrenais; acromegalia, gigantismo, diabetes insípido, síndrome de Cushing; doença hipotalâmica;
Endoscopia	Método no qual se visualiza o interior de órgãos e cavidades corporais por meio de um instrumento óptico iluminado.
Enema	Sin.: Clister. Introdução de líquidos no reto pelo ânus, com a finalidade de lavagem, administração de medicação ou de contraste para exames.
Enfisema	Doença respiratória caracterizada por destruição das paredes dos alvéolos e a formação de grandes espaços de ar em substituição aos pequenos alvéolos, reduzindo dessa forma a área de troca gasosa dos pulmões e consequentemente a quantidade de oxigênio que alcança a corrente sanguínea. Quando o paciente expira, os alvéolos danificados não funcionam adequadamente, não permitindo uma troca gasosa eficiente. A principal causa do enfisema pulmonar é o tabagismo. Poluição do ar e exposição crônica à poeira e outros agentes também contribuem para o enfisema. Raramente o enfisema pode ser causado pela deficiência de uma proteína que protege as estruturas elásticas dos pulmões, alfa 1 antitripsina.
Epididimite	Inflamação do epidídimo, tubo espiralado que fica na parte de trás do testículo, responsável por armazenar e transportar o esperma.
Epilepsia	É uma alteração temporária e reversível do funcionamento do cérebro, que não tenha sido causada por febre, drogas ou distúrbios metabólicos e se expressa por crises epiléticas repetidas. As crises epiléticas podem se manifestar de diferentes maneiras. A crise convulsiva é a forma mais conhecida pelas pessoas e é identificada como "ataque epilético". Nesse tipo de crise a pessoa pode cair ao chão, apresentar contrações musculares em todo o corpo, mordedura da língua, salivação intensa, respiração ofegante e, às vezes, até urinar. A crise do tipo "ausência" é conhecida como "desligamentos". A pessoa fica com o olhar

	<p>fixo, perde contato com o meio por alguns segundos. Há um tipo de crise que se manifesta como se a pessoas estivesse “alerta”, mas não tem controle de seus atos, fazendo movimentos automaticamente.</p> <p>A epilepsia possui duas formas que se distinguem em relação à topografia da área do cérebro responsável pela crise.</p>
Epilepsia focal - Pequeno mal	Nas epilepsias focais, as crises epilépticas iniciam de forma localizada numa área específica do cérebro. As crises dividem-se em focais simples (sem comprometimento da consciência) e focais complexas (com comprometimento ao menos parcial da consciência durante o episódio).
Epilepsia na infância	Relacionada a defeitos congênitos, problemas durante o parto.
Episódios maníacos	O episódio maníaco é caracterizado por uma excitação eufórica do humor, por uma intensa agitação motora, distraibilidade, logorréia e por uma reduzida necessidade de sono; o sujeito pode supervalorizar-se e fazer coisas que normalmente não faria, pois distorce a realidade de modo a não enxergar os perigos embutidos em suas ações. A agitação predominante do humor pode ser a irritabilidade quando os desejos da pessoa são frustrados. Além disso, devido à elevação da autoconfiança, ideias grandiosas podem chegar a evoluir para delírios grandiosos ou religiosos de identidade ou papéis.
Esclerodermia	<p>Esclero (endurecimento) Dermia (pele).</p> <p>A esclerodermia é uma doença inflamatória crônica do tecido conjuntivo que envolve alterações na pele, nos vasos sanguíneos, nos músculos e em diversos órgãos internos. Ela é uma doença autoimune, ou seja, uma doença que ocorre quando o sistema imunológico ataca e destrói tecidos saudáveis do corpo por engano. Os sintomas variam de uma pessoa para outra assim como o nível de gravidade também. Os sintomas incluem, entre outros, espessamento e rigidez da pele, dores articulares, alterações nas pontas dos dedos das mãos e dos pés em resposta a temperaturas altas ou frias, queda de cabelo, úlceras nas pontas dos dedos, alterações respiratórias e digestivas.</p> <p>A doença se divide em uma forma localizada e uma sistêmica.</p>
Esclerodermia sistêmica	As alterações da forma sistêmica ocorrem no tecido conjuntivo em diversas partes do corpo, comprometendo pele, trato digestivo (esôfago, estômago e intestino), pulmão, coração e rins e

	<p>outros órgãos internos. Pode comprometer também os vasos sanguíneos, articulações e músculos. Os tecidos envolvidos se tornam rígidos e fibróticos, prejudicando a função do órgão acometido.</p> <p>A esclerodermia sistêmica também pode se apresentar de duas formas: a difusa, na qual a doença se desenvolve mais rapidamente e com um risco maior de comprometimento dos órgãos internos e a limitada, também chamada de síndrome de CREST, que possui uma evolução mais lenta, com comprometimento cutâneo menos disseminado e com uma incidência menor e menos grave de comprometimento de outros órgãos.</p>
Esclerodermia linear	Tipo de esclerodermia em que se apresentam áreas lineares de espessamento da pele.
Esclerodermia morfeia	Tipo de esclerodermia localizada (na pele), que forma placas espessadas com graus variados de pigmentação.
Esclerose Múltipla	<p>Doença degenerativa autoimune que afeta o sistema nervoso, produzida pela alteração na camada de mielina. Caracteriza-se por alterações sensitivas e motoras que evoluem através do tempo, produzindo dano neurológico progressivo.</p> <p>Doença autoimune do sistema nervoso central caracterizada por uma inflamação crônica e progressiva destruição da bainha de mielina (capa protetora que reveste os prolongamentos das células nervosas), o que faz com que as funções coordenadas pelo cérebro, cerebelo, tronco encefálico e medula espinhal fiquem comprometidas. Desta forma surgem os sintomas típicos da doença, como alterações na visão, na sensibilidade do corpo, no equilíbrio, no controle esfinteriano e na força muscular dos membros com consequentemente redução da mobilidade ou locomoção.</p>
Esofagite	Inflamação da mucosa do esôfago (ver abaixo). Pode ser produzida pelo refluxo do conteúdo ácido estomacal (esofagite de refluxo), por ingestão accidental ou intencional de uma substância tóxica (esofagite cáustica) e eventualmente infecções.
Esôfago	Segmento do tubo digestivo que liga a faringe ao estômago. É pelo esôfago que passam os alimentos ingeridos.
Esôfago de Barret	O esôfago de Barrett é uma condição em que há uma metaplasia (substituição de um tipo de célula por outro) das células da porção inferior do esôfago, causada pela exposição prolongada ao conteúdo ácido proveniente do estômago. O

	esôfago de Barrett aumenta as chances de câncer do esôfago.
Espirometria	Vide "Exame de função pulmonar".
Esquizofrenia	A esquizofrenia é um transtorno mental caracterizada por comportamento social fora do normal e incapacidade de distinguir o que é ou não real. Entre os sintomas mais comuns estão delírios, pensamento confuso ou pouco claro, alucinações auditivas, diminuição da interação social e da expressão de emoções e falta de motivação. Embora primariamente uma doença orgânica neuropsiquiátrica que afeta os processos cognitivos, seus efeitos repercutem também no comportamento e nas emoções.
Estádio A de Binet	Sistema de estadiamento da Leucemia Linfóide Crônicas, baseado no número de grupos de tecido linfóide afetado (linfonodos cervicais, inguinais, axilares, baço e fígado) e presença de anemia ou trombocitopenia. Estádio A – menos de 3 áreas comprometidas, sem anemia ou trombocitopenia Estádio B – 3 ou mais áreas comprometidas, sem anemia ou trombocitopenia. Estádio C – anemia ou trombocitopenia presente.
Esteanose hepática grave	Vide esteato-hepatite.
Esteato-hepatite	Esteatose associada à inflamação das células hepáticas. Se não controlada, a esteato-hepatite tem o potencial de evoluir para a cirrose hepática.
Esteatose	Sin.: Fígado gorduroso; degeneração gordurosa. Ocorre quando há acúmulo anormal de gordura nas células do fígado. Tem como principal causa o consumo exagerado de álcool, mas também pode estar relacionada à obesidade, diabetes e má nutrição.
Estenose da Válvula aórtica	Defeito na válvula aórtica, que fica na saída do ventrículo esquerdo para a aorta. A estenose impede a válvula de abrir corretamente, forçando o coração a trabalhar mais para bombear o sangue através da valva.
Exame de função pulmonar	Exame que tem como objetivo avaliar a função pulmonar, medindo a velocidade e a quantidade de ar que um indivíduo é capaz de colocar para dentro e para fora dos pulmões. O exame é realizado respirando-se pela boca através de um tubo conectado a um aparelho

	chamado espirômetro que registra o volume e a velocidade do ar respirado
Febre Reumática	<p>Doença inflamatória secundária a uma reação autoimune à uma infecção causada por uma bactéria chamada estreptococo do grupo A. Os sintomas incluem, entre outros, febre, dor articular, dor no peito, sopro cardíaco, artrite, prostração, surgimento de manchas avermelhadas na pele, movimentos corporais incontroláveis (coréia).</p> <p>A inflamação causada pela febre reumática pode durar de algumas semanas a vários meses. Em alguns casos, no entanto, essa inflamação pode causar complicações no longo prazo, por exemplo, lesões nas válvulas cardíacas.</p>
Fibrose hepática	A fibrose hepática é o resultado de uma resposta cicatricial do fígado a agressões repetidas. Após uma lesão aguda, como uma hepatite viral, as células do fígado regeneram e substituem as células que morreram. Durante esse processo ocorre uma resposta inflamatória. Se a lesão persistir, a regeneração deixa de ser possível e as células mortas são substituídas por tecido fibroso.
Fisioterapia	<p>É a ciência que tem como objetivo prevenir, tratar e recuperar as doenças e/ou distúrbios que alteram a função de tecidos, órgãos e sistemas do corpo humano.</p> <p>O Fisioterapeuta visa o restabelecimento do movimento e da função dos sistemas musculoesqueléticos, cardiovascular, pulmonar, neurológico, urogenital, vestibular e dermatológico.</p>
Fístula	Lesão que se caracteriza por um trajeto anormal que estabelece comunicação entre dois órgãos, com a superfície, ou num mesmo órgão.
Frequência cardíaca	Quantidade de vezes que o coração bate por minuto. Normalmente a frequência cardíaca do adulto está entre 60 e 100 batimentos por minuto. É um bom indicador do funcionamento do coração e do condicionamento físico do indivíduo.
Função renal alterada	Prejuízo na função dos rins, que são responsáveis pela eliminação de várias substâncias tóxicas, produção de urina e produção de determinados hormônios. Na prática médica, as dosagens de creatinina e ureia no sangue, e o cálculo da filtração glomerular são os exames mais empregados para avaliar a função renal.
Gamopatia Monoclonal de Significado Indeterminado	Distúrbio pré-maligno, assintomático, com risco relativamente baixo de progressão para mieloma múltiplo ou outras malignidades proliferativas relacionadas.

Gangrena	Necrose de um tecido por falta de irrigação sanguínea. Ocorre principalmente nas extremidades do corpo —(mãos e pés) -, Os sintomas incluem alteração da cor da pele para vermelha ou preta, dormência, edema e dor local. A gangrena facilita a infecção que pode levar a quadros de septicemia. facilitando invasão bacteriana e putrefação.
Gastrite	Inflamação aguda ou crônica da mucosa do estômago. Manifesta-se por dor na região superior do abdome, acidez, ardor, náuseas, vômitos etc. Pode ser produzida por infecções, consumo de medicamentos (aspirina), estresse etc.
Gastrointestinal	Relacionado ao sistema digestório, mais especificamente ao estômago e intestinos.
Glicemia de Jejum	Exame que mede a concentração de glicose no sangue. Ele deve ser realizado após um jejum de 8 a 12 horas e é utilizado para o diagnóstico e o monitoramento do diabetes.
Gleason	Escala de pontuação empregada no câncer de próstata. Quanto maior o escore, mais agressivo é o câncer.
Glicemia de jejum	Exame que mede a concentração de glicose no sangue após 12 horas de jejum. O exame de glicemia de jejum serve para diagnóstico de hipoglicemia ou hiperglicemia, ou para monitorização do tratamento do diabetes.
Hematúria	Presença de sangue na urina. Pode se relacionar com infecção do trato urinário, cálculo renal, tumores ou doença inflamatória dos rins.
Hemoglobina glicada (HbA1c)	Exame de sangue que mede a concentração média de glicose no sangue relativa 60 a 90 dias, permitindo avaliar o controle do diabetes nesse período.
Hemorragia Digestiva	Qualquer hemorragia que tenha como origem o trato gastrointestinal.
Hemorroidas	As hemorroidas são estruturas vasculares localizadas no canal anal. No seu estado normal elas ajudam no controle da evacuação. O termo hemorroida é usado genericamente quando para as situações em que esses vasos adoeçam ficando inchados ou inflamados. Elas podem ser tanto internas, quando ocorrem apenas dentro do ânus ou na parte inicial do reto, quanto externas, quando ocorrem na abertura anal, projetando-se para fora do ânus.
Hepatite	Inflamação que compromete o fígado. A causa mais comum infecções causadas por vírus. Entre outras possíveis causas estão o consumo

	<p>exagerado de bebidas alcoólicas, alguns medicamentos, toxinas, outras infecções e doenças autoimunes.</p> <p>Algumas pessoas não manifestam sintomas, enquanto em outras os sintomas mais comuns são tonalidade amarela da pele e da parte branca dos olhos, falta de apetite, vômitos, fadiga, dor abdominal ou diarreia. A hepatite aguda pode por vezes resolver-se espontaneamente, evoluir para hepatite crônica ou, raramente, resultar em insuficiência hepática aguda. Ao longo do tempo, a hepatite crônica pode evoluir para cirrose, insuficiência hepática ou câncer do fígado.</p>
Hérnia de Disco	<p>É a projeção do disco intervertebral para além de seus limites normais levando à compressão das raízes nervosas. O disco intervertebral é uma placa cartilaginosa que forma uma almofada entre os corpos vertebrais. . A hérnia de disco pode ocorrer em qualquer segmento da coluna vertebral, embora sejam mais frequentes na coluna cervical e lombar. O sintoma mais frequente é a dor.</p>
Hérnia de Hiato	<p>A hérnia de hiato acontece quando uma víscera abdominal (normalmente o estômago) de desloca para o tórax através do orifício pelo qual o esôfago atravessa o diafragma para penetrar na cavidade abdominal (hiato esofágico).</p> <p>Quando a hérnia de hiato se forma, ela dificulta o fechamento completo do esôfago fazendo com que o conteúdo ácido do estômago suba para o esôfago causando queimação e até feridas no esôfago dependendo da acidez do líquido. É o chamado refluxo gastroesofágico.</p> <p>Os sintomas mais frequentes são azia, dor no peito, dificuldade para engolir, arrotos frequentes entre outros.</p>
Hidrocele	<p>Presença de líquido em quantidades anormais na bolsa escrotal, envolvendo o testículo. Pode ser unilateral ou bilateral.</p>
Hiperplasia benigna da próstata	<p>Sin.: Hiperplasia prostática benigna. Aumento benigno do volume da próstata.</p>
Hipertensão Arterial	<p>A hipertensão arterial, usualmente chamada de pressão alta, ocorre quando a nossa pressão arterial é sistematicamente maior do que 140/90 mmHg (valores considerados normais para o adulto, de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão)). A hipertensão arterial é um fator de risco para doença aterosclerótica, doença coronariana, derrame, insuficiência renal e cardíaca.</p>
Hipertensão portal	

	Condição clínica caracterizada pelo aumento da pressão no sistema da veia porta que é o sistema venoso que transporta o sangue a partir do estômago, intestinos, pâncreas e baço para o fígado. A hipertensão porta leva ao aumento do baço, ascite, varizes de esôfago e hemorroidas. A causa principal é a doença hepática crônica.
Hipertireoidismo	Condição clínica caracterizada pela produção excessiva de hormônios tireoidiano. Os sintomas mais frequentes são irritabilidade, suor em excesso e intolerância ao calor, palpitação, fraqueza, perda de peso e diarreia.
Hipertrofia do miocárdio	Aumento anormal do músculo cardíaco, geralmente causado como resposta adaptativa à sobrecarga funcional imposta ao coração.
Hipopituitarismo	Quadro clínico decorrente de uma diminuição na produção de hormônios pela glândula pituitária (também chamada de hipófise). A pituitária é uma glândula localizada na sela turca (cavidade óssea localizada na base do crânio) e é responsável pela produção de uma série de hormônios que são importantes no crescimento e no nosso metabolismo. Essa condição pode ser congênita ou decorrente de tumores, traumas cranianos, lesões vasculares ou inflamatórias. Os sintomas são variados, na dependência do hormônio que estiver diminuído e incluem, entre outros, problemas no crescimento, alterações na menstruação, infertilidade (em ambos os sexos), hipotireoidismo, problemas na produção de leite.
Hipotireoidismo	Problema no qual a glândula da tireoide não produz hormônios suficientes para a necessidade do organismo. Os sintomas mais comuns são, aumento fácil de peso, cansaço, pele fria e pálida, prisão de ventre, baixa tolerância ao frio, dores articulares, enfraquecimento do cabelo e das unhas.
Histerectomia	Retirada cirúrgica do útero.
Histológico	Estudo microscópico de fragmentos de tecidos biológicos com fins diagnósticos.
HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)	Vírus causador da AIDS, ataca e danifica o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças.
HPV (papilomavírus humano)	Nome genérico de um grupo de vírus que engloba mais de cem tipos diferentes, pode provocar a formação de verrugas na pele e nas regiões oral, anal, genital e da uretra. Alguns destes tipos de vírus são relacionados ao aumento da incidência de câncer.
Icterícia	

	Pigmentação amarelada da pele e mucosas devido ao aumento da concentração de bilirrubina no sangue. É uma alteração encontrada nas doenças hepáticas e da vesícula biliar ou nas anemias hemolíticas (provocada pela destruição excessiva dos glóbulos vermelhos). Associa-se a doenças hepáticas e da vesícula biliar, ou ao rompimento de hemácias.
In situ	Expressão em latim que significa no lugar. Usado para descrever neoplasias malignas que estão restritas ao local de origem, quando ainda não invadiram estruturas profundas.
Infarto	Morte de um tecido por falta de oxigênio por irrigação sanguínea insuficiente. O exemplo mais conhecido é o infarto do miocárdio, lesão irreversível do músculo cardíaco.
Infarto do miocárdio	Morte de parte do músculo cardíaco por falta de oxigênio por irrigação sanguínea insuficiente.
Insuficiência Cardíaca	É a incapacidade do coração para bombear o sangue em volumes suficientes para atender às demandas do metabolismo. Seus sintomas principais são falta de ar, tosse ou chiado no peito aos esforços, sensação de fraqueza ou cansaço depois de um esforço, dificuldade em respirar quando deitado, acordar de noite tossindo ou com falta de ar, inchaço nas mãos, abdômen, membros inferiores, tornozelos ou pés
Insuficiência pancreática	É a incapacidade do pâncreas de produzir as enzimas digestivas necessárias para a digestão e absorção dos alimentos e dos hormônios normalmente produzidos pelo pâncreas (insulina e glucagon).
Insuficiência Renal	Perda da capacidade dos rins filtrarem resíduos, sais e líquidos do sangue. Quando isso acontece, os resíduos podem chegar a níveis perigosos e afetar a composição química do seu sangue, que pode ficar fora de equilíbrio. Ela pode ser aguda ou crônica.
Iodo Radioativo	O iodo radioativo é uma substância utilizada para fins de diagnóstico ou para o tratamento das doenças da tireoide. O iodo após ser ingerido ou injetado é rapidamente absorvido pelas células tireoidianas. Em doses pequenas é utilizado para visualização da tireoide no exame denominado cintilografia tireoidiana. Em doses maiores ele é usado no tratamento do câncer da tireoide e no hipertireoidismo, já que a irradiação emitida irá destruir as células tireoidianas.
Isquemia Cerebral	

	Diminuição da irrigação sanguínea e consequentemente de oxigenação cerebral adequada.
Laser	Acrônimo para Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation. Dispositivo que produz uma radiação eletromagnética. Em Medicina é usado em cirurgias diversas e em alguns tratamentos fisioterápicos.
Lesões atróficas da próstata	Sin.: Atrofia prostática focal. Termo usado para descrever o encolhimento do tecido prostático, quando visto no microscópio. É uma das lesões que mais frequentemente se confundem com o adenocarcinoma, numa biópsia. A atrofia está nitidamente associada com o aumento da idade e é controversa sua relação com desenvolvimento de neoplasia.
Leucemia	Doença maligna que acomete os leucócitos, os glóbulos brancos do sangue, presentes nos gânglios linfáticos e na corrente sanguínea. Ela se caracteriza pelo acúmulo de leucócitos jovens anormais na medula óssea, que substituem as células normais do sangue. A doença pode ser classificada como aguda ou crônica, dependendo da velocidade de agravamento.
Linfoma	Termo genérico para designar neoplasias malignas do sistema linfático.
Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori	Tipo de tumor-lyfoma, frequentemente visto no trato gastrointestinal (mais frequentemente no estômago), associado à infecção pela bactéria H. pylori e que pode desaparecer com a erradicação desta.
Linfonodo	Sinônimo: gânglio linfático; Os linfonodos são pequenos órgãos ovóides localizados ao longo do trajeto dos vasos linfáticos. Eles atuam como filtros da linfa, podendo reter, destruir ou retardar a proliferação de micro-organismos (bactérias, vírus, protozoários) e células cancerígenas pelo corpo. Os gânglios linfáticos armazenam e produzem glóbulos brancos, células de defesa que combatem infecções e doenças. Por isso, os linfonodos podem aumentar de tamanho e ficar doloridos quando há alguma infecção, pois, estão reagindo aos micro-organismos invasores. É a chamada "íngua".
LSD	LSD (abreviação de dietilamida do ácido lisérgico) é uma substância psicoativa sintética, ou seja, fabricada em laboratório. É uma droga alucinógena e que provoca um conjunto de percepções que ocorre sem a presença de um objeto, ou seja, mesmo sem ter um estímulo (objeto), a pessoa pode sentir, ver e ouvir. As

	sensações são "reais", provocando dor, prazer, medo ou ansiedade.
Lúpus Eritematoso Sistêmico	Doença autoimune, que pode se apresentar com sinais gerais (febre, emagrecimento, astenia) e manifestações cutâneas, cardiovasculares, renais, nervosas e articulares.
Maconha	Droga psicoativa, obtida da Cannabis sativa que é uma planta amplamente cultivada em muitas partes do mundo. O princípio ativo é o THC (tetrahidrocanabinol) tem propriedades psicoativas bem documentadas agindo como analgésico, antiemético, antiespasmódico, ansiolítico, narcótico e sedativo. Usado para efeitos recreativos e medicinais.
Malignidade	Capacidade de um tumor de produzir invasão de tecidos vizinhos ou produzir metástases.
Maligno	Ver Malignidade.
Mamografia	Exame de imagem que tem como finalidade estudar o tecido mamário. Permite diagnosticar tumores que ainda não estejam palpáveis
Mastectomia	Retirada cirúrgica da mama.
Mastectomia bilateral profilática	Retirada preventiva das mamas.
Melanoma	O melanoma é um tumor maligno originário dos melanócitos (células que produzem pigmento) e ocorre em partes como pele, olhos, orelhas, trato gastrointestinal, membranas mucosas e genitais. Um dos tumores mais perigosos, o melanoma tem a capacidade de invadir qualquer órgão, criando metástases, inclusive no cérebro e coração.
Metástase	Quando o câncer se espalha além do local onde começou (sítio primário) para outras partes do corpo, é denominado de metástase. A metástase pode ocorrer quando as células cancerosas viajam através da corrente sanguínea ou dos vasos linfáticos para outras áreas do corpo.
Microcarcinoma	Carcinomas menores que determinado tamanho, de acordo com a localização (p.ex. 1cm para tireoide) quando detectados pela primeira vez, associados a bom prognóstico.
Microinvasivo	Primeiro estágio de carcinoma invasor, em que algumas porções penetram muito pouco a membrana basal / estroma.
Miocárdio	Músculo do coração.

Miopia	Distúrbio visual que ocorre quando a imagem é formada num ponto antes da retina e não diretamente na superfície da retina, dificultando a visão para longe.
Mitral	Uma das válvulas cardíacas. Localizada entre átrio e ventrículo esquerdos.
Náusea	Sinônimo: Enjoo Sensação de desconforto na região do estômago, com tendência a vômitos.
Necrose	Conjunto de processos irreversíveis que resulta em degeneração celular seguida de morte da célula.
Neoplasia	Sin.: tumor, câncer (neoplasia maligna) Crescimento anormal de tecido, proliferação anormal de células. Pode ser maligna ou benigna.
Neoplasia intra-epitelial cervical	Proliferação anormal de células no colo do útero, com potencial de transformação maligna.
Neuropatia	Termo geral que engloba as doenças que afetam as células nervosas. As neuropatias são classificadas de acordo com a causa e localização dos nervos que são afetados ou pelas características da lesão.
Ng/MI	Nanogramas por mililitro.
NIC-1, NIC-2 e NIC-3	Diferentes graus de neoplasia intra-epitelial cervical; alterações pré-cancerosas. Essa classificação tem sido substituída pela classificação de Bethesda.
Nódulos	Lesão sólida, elevada, com mais de 1 cm de diâmetro, geralmente bem delimitada e de origem epitelial ou conjuntiva.
Obstrução coronariana	Vide Doença coronariana.
Ooforectomia bilateral	Retirada dos dois ovários.
Otite Crônica	Inflamação do ouvido recorrente. Pode se localizar no ouvido externo, ouvido médio ou interno. Seus sintomas são febre, dor, secreção purulenta drenada pelo conduto auditivo, diminuição da acuidade auditiva, vertigem, entre outros.
Ovário	Ovário: órgão do aparelho reprodutor feminino onde são produzidos os óvulos.
Overdose	Significa uma superdose ou exposição excessiva a uma quantidade de substâncias químicas, acima do que o organismo suporta. A overdose produz consequências graves que requerem cuidados médicos e podem levar à morte.

Palpitação	Normalmente os batimentos cardíacos não são percebidos. Quando isso acontece, dá-se o nome de palpitação. As palpitações são percebidas normalmente após um exercício vigoroso, em situações de tensão ou depois de um grande susto, quando o coração bate com mais força e/ou mais rapidez que o normal. Quando sentidas em repouso ou num estado de espírito calmo, as palpitações podem ser devidas a outras causas como distúrbios do ritmo do coração.
Pancreatite aguda	Inflamação aguda do pâncreas. As causas mais comuns são o consumo de álcool e a presença de cálculos biliares. As manifestações clínicas são dor abdominal intensa, quase sempre de início abrupto, na região superior do abdômen, que se irradia em faixa para as costas. Náuseas, vômitos e icterícia são outros sintomas que podem aparecer.
Pâncreas e vias biliares	Pâncreas: órgão com função digestiva (produz enzimas digestivas) e função endócrina (produz hormônio insulina).
Pancreatite aguda	Inflamação aguda do pâncreas. As causas mais comuns são o consumo de álcool e a presença de cálculos biliares. As manifestações clínicas são dor abdominal intensa, quase sempre de início abrupto, na região superior do abdômen, que se irradia em faixa para as costas. Náuseas, vômitos e icterícia são outros sintomas que podem aparecer.
Papanicolaou	Exame que se baseia numa análise citopatológica das células do colo do útero, possibilitando o diagnóstico de doenças inflamatórias, infecciosas ou câncer.
Papanicolaou Classe 3 ou NIC III	Resultado do exame que indica a presença de células anormais no colo do útero, com potencial de transformação maligna. Atualmente tem se preferido adotar um laudo mais descritivo sobre as alterações celulares, utilizando a classificação de Bethesda.
Papilífero	Tipo histológico de tumor que se desenvolvem na tireoide, mama e bexiga.
Paralisia	Perda total da capacidade de movimento de um músculo. Pode ser produzida por doença neurológica, muscular, tóxica, metabólica ou ser uma combinação delas
Parkinson	Doença degenerativa crônica do sistema nervoso central que afeta principalmente a coordenação motora. Os sintomas vão-se manifestando de forma lenta e gradual ao longo do tempo. Na fase

	inicial da doença, os sintomas mais óbvios são tremores, rigidez, lentidão de movimentos e dificuldade em caminhar. Podem também ocorrer problemas de raciocínio e comportamentais.
PET Scan	Abreviação de Tomografia por emissão de pósitrons. Exame de imagem que permite o mapeamento de diferentes substâncias químicas radioativas no organismo. Ele reúne os recursos da medicina nuclear e da radiologia. A vantagem da PET Scan sobre os demais exames de imagens é que ela permite medir a atividade metabólica das lesões, demonstrando assim o grau de atividade delas, podendo mostrar a presença de alterações funcionais antes mesmo das morfológicas, permitindo um diagnóstico ainda mais precoce de doenças neoplásicas.
Plaquetas	Elemento do sangue que participa da coagulação do sangue.
Policitemia Rubra Vera	É um distúrbio das células produtoras de sangue da medula óssea que resulta num excesso de produção de hemácias, plaquetas e de alguns leucócitos. A causa é desconhecida, porém mais de 95% dos pacientes apresentam uma mutação no gene chamado JAK2.
Pré-maligno	Pré-canceroso.
Pressão Arterial	Pressão exercida pelo sangue contra a parede das artérias. O registro da pressão arterial possui dois números. O primeiro representa a pressão dos seus vasos sanguíneos com as batidas do coração (é a chamada pressão sistólica ou máxima). O segundo é a pressão dos vasos quando o coração relaxa (pressão diastólica ou mínima).
Pressão arterial elevada	Ver Hipertensão arterial.
Problemas de visão e audição	Problemas nos olhos e ouvidos.
Problemas neurológicos ou psiquiátricos	Neurológicos: que afetam encéfalo, medula espinhal, nervos. Psiquiátricos: doenças mentais.
Propiltiouracil	Medicamento indicado para tratamento do hipertireoidismo.

Próstata	Glândula masculina responsável por produzir o líquido e as proteínas que acompanham os espermatozoides no sêmen.
Prostatite	Inflamação da próstata.
Proteinúria	Concentração anormal de proteína na urina.
Provas de função pulmonar	Vide "Exame de função pulmonar"
PSA	PSA (Antígeno Prostático Específico) é uma proteína encontrada no sangue produzida pela próstata. A dosagem sanguínea do PSA é uma informação importante para diagnóstico de câncer de próstata e no acompanhamento do tratamento.
Pseudo-cisto pâncreas	Coleção de líquido rico em enzimas pancreáticas, sangue e tecido necrótico, envolvido por uma cápsula fibrosa e tecido de granulação. Geralmente são uma complicação que aparece algumas semanas após uma pancreatite, mas em crianças, podem também ser decorrentes de um trauma no abdômen.
Psicose	Psicose é um transtorno mental cuja característica principal é a alteração da percepção da realidade. Os sintomas mais comuns são delírios e alucinações
Punção	Procedimento no qual é introduzido um instrumento perfurante (usualmente uma agulha) numa estrutura anatômica com o objetivo diagnóstico (coletar o material ou líquido para exame) ou terapêutico (drenagem de líquido ou injeção de fármacos).
Púrpura	Aparecimento de descolorações vermelhas ou roxas na pele, causada por sangramentos subcutâneos. Pequenos pontos são chamados de petéquias, enquanto os maiores são chamados de equimoses.
Quimioterapia	A quimioterapia é um tipo de tratamento em que se utilizam medicamentos, chamados quimioterápicos, para combater o câncer. Esses medicamentos podem ser administrados por diversas vias e as mais comuns são por via venosa e oral. A quimioterapia apresenta alguns efeitos colaterais que incluem, entre outros, fadiga, perda do cabelo, hematomas no corpo, anemia, náuseas e vômitos, perda do apetite alterações do hábito intestinal.
Radiografia contrastada	

	Radiografia feita em associação com introdução de substâncias (contraste) em órgãos ou estruturas, para torná-las mais visíveis no exame. A radiografia contrastada pode mostrar ulcerações, tumores, estreitamentos, dilatações, obstruções, morfologias que não seriam vistas em órgãos ou estruturas em radiografias normais.
Radioterapia	Método de tratamento capaz de destruir células tumorais empregando feixe de radiação ionizante.
Refluxo gastroesofágico	Retorno de conteúdo ácido de origem do estômago para o esôfago.
Ressecção total	Intervenção cirúrgica para extração total de um órgão ou de uma formação patológica (por exemplo: tumor).
Ressonância Magnética	A ressonância magnética, também conhecida como ressonância magnética nuclear é um exame de imagem que, a partir de um equipamento, produz imagens para fins de diagnósticos médicos. A máquina utiliza um campo magnético e ondas de rádio para criar imagens detalhadas dos órgãos e tecidos do corpo. É um exame não invasivo e permite examinar órgãos, tecidos e o sistema esquelético, produzindo imagens de alta resolução do interior do corpo que ajudam a diagnosticar uma série de patologias.
Retina	É a parte do nosso olho responsável pela formação das imagens que enxergamos. Ela se localiza na parede posterior interna do olho e é composta por um tecido nervoso, sensível à luz, que funciona com uma tela onde são projetadas as imagens que são então transformadas em impulsos elétricos e transmitidas ao cérebro através do nervo ótico.
Retinopatia	Qualquer doença da retina.
Reto	Extremidade terminal do intestino grosso.
Retocolite	Inflamação que envolve o reto e o cólon.
Síncope	Perda temporária da consciência, geralmente provocada por uma diminuição do fluxo sanguíneo cerebral. Normalmente tem início

	súbito, dura pouco tempo e a recuperação é total e espontânea.
Síndrome de Crest	Ver esclerodermia sistêmica
Síndrome mielodisplásica	Grupo de doenças caracterizadas por alterações nas células da medula óssea precursoras das células sanguíneas, ocasionando problemas na produção e maturação dessas células. Com isso, a medula óssea pode ficar superpovoadas de células jovens, conhecidas como blastos, que são incapazes de exercerem corretamente suas funções, comprometendo a produção de células saudáveis. Todas as três linhas celulares podem estar envolvidas (hemácias, leucócitos e plaquetas). Ela pode ser primária (não se conhece a causa) ou secundária (por exemplo em pacientes que se submeteram à radioterapia). Alguns casos podem evoluir para uma leucemia mieloide aguda.
Síndrome pós-trombótica	Conjunto de sinais e sintomas que ocorrem como complicação tardia de uma trombose venosa profunda. A síndrome pós-trombótica ocorre quando as paredes e as válvulas das veias são danificadas, dificultando o fluxo do sangue em direção ao coração. Os sintomas incluem edema nos membros afetados, dor local e alterações na pele podendo eventualmente provocar ulcerações.
Sintomas psicóticos	Sintomas relacionados aos quadros de psicose, cujo ponto principal é a perda de contato com a realidade. Os sintomas psicóticos mais significativos são delírios, alucinações auditivas, sonorização do pensamento. A esquizofrenia é considerada o distúrbio psicótico mais grave em psiquiatria.
Sistema TNM	Sistema de estadiamento de câncer baseado no tamanho do tumor (T), no comprometimento de linfonodos vizinhos (N) e na existência de metástases à distância (M).
Talassemia	Sinônimo: Anemia do Mediterrâneo. Doença hereditária cuja principal característica é a produção anômala de hemoglobina, uma proteína do sangue responsável pelo transporte de oxigênio para todos os tecidos do organismo. Existem dois tipos de talassemia, alpha e beta, que podem se manifestar nas seguintes formas: minor, intermediária e major. A forma minor, ou traço talassêmico, produz um grau de anemia leve, assintomático e que pode passar totalmente despercebido. Na forma intermediária, a deficiência da síntese de hemoglobina é

	moderada e as consequências menos graves. Já a talassemia major, ou anemia de Cooley, é uma forma grave da doença, causada pela transmissão de dois genes defeituosos, um do pai e outro da mãe. Isso provoca anemia profunda e outras alterações orgânicas importantes, como o aumento do baço, atraso no crescimento e problemas nos ossos.
Taquicardia Sinusal	Condição na qual o ritmo cardíaco, em repouso, está acima do máximo considerado normal (100 batimentos por minuto). A taquicardia pode ser devida a variações normais do funcionamento do organismo, por exemplo exercício, ou decorrente de alguma doença.
Talassemia menor	É uma forma pouco sintomática ou assintomática da doença.
Taquicardia Sinusal	Condição na qual o ritmo cardíaco, em repouso, está acima do máximo considerado normal (100 batimentos por minuto). A taquicardia pode ser devida a variações normais do funcionamento do organismo, por exemplo exercício, ou decorrente de alguma doença.
Teste Ergométrico	O teste ergométrico é um exame usado para avaliar o sistema cardiovascular sob esforço (daí porque também é conhecido como teste de esforço). O paciente começa caminhando em uma esteira (parecida com as de academia) que aumenta de intensidade gradativamente e, a partir de eletrodos colocados no corpo, é possível entender como o coração reage a uma atividade física. É muito utilizado no diagnóstico da doença coronariana, mas outras patologias como arritmias, insuficiência cardíaca e hipertensão arterial também podem ser detectadas durante o exame.
Tireoide	É uma glândula endócrina localizada na parte anterior do pescoço. É uma das maiores glândulas do corpo humano e é responsável pela produção dos hormônios triiodotironina (T3) e tiroxina (T4), importantes em uma série de funções do nosso organismo como a regulação dos ciclos menstruais, fertilidade, peso, memória, concentração e atenção humor e controle emocional.
Tireoidite de Hashimoto	A tireoidite de Hashimoto é uma doença autoimune na qual o sistema imune ataca as células da tireoide, causando uma inflamação dessa glândula, o que geralmente resulta em um hipertireoidismo passageiro que depois pode ser seguido por um hipotireoidismo.
Tomografia	

	Exame radiológico que obtém imagens do corpo em fatias ou cortes. Existem dois tipos de tomografia: a convencional e a computadorizada.
Toque retal	Exame feito através da introdução do dedo indicador do médico na ampola retal do paciente para inspeção e diagnóstico de tumores. Utilizado de rotina pelos urologistas e proctologistas para avaliação da próstata e no diagnóstico de doenças do reto.
Trato gastrointestinal	Sinônimo: trato digestório. Segmento do aparelho digestivo que se estende da cavidade bucal até o ânus. Formado pela boca, faringe, esôfago, estômago, intestino delgado, intestino grosso, reto e ânus. É ao longo dele que o alimento digerido é triturado, digerido em moléculas e nutrientes e absorvido para a corrente sanguínea.
Tricúspide	Uma das válvulas cardíacas. Localizada entre átrio e ventrículo direitos.
Triglicérides	Sin.: Triglicerídeos Tipo de gordura que é encontrada no sangue e tem função de armazenar energia, que é utilizada pelo corpo quando necessário. As triglicérides entram no organismo de duas formas, pela alimentação e pela produção do próprio corpo.
Trombocitemia essencial	Anormalidade caracterizada pela produção excessiva de plaquetas pela medula óssea, podendo levar a episódios trombóticos e/ou hemorrágicos, sendo estes mais comuns em idosos
Trombocitopenia	Sinônimo: Plaquetopenia. Baixa contagem das plaquetas sanguíneas (abaixo de $150.000/\text{mm}^3$). Pode ser provocado por distúrbios de produção, de distribuição ou destruição das plaquetas. As plaquetas atuam na coagulação do sangue. A manifestação clássica da trombocitopenia sintomática (plaquetas inferiores a $50.000/\text{mm}^3$) é o sangramento. A menstruação se torna mais prolongada e volumosa, podem ocorrer sangramento nasal, nas gengivas e hematomas com qualquer golpe.
Trombofilia	Predisposição a desenvolver fenômenos tromboembólicos (ex. trombose). Ela pode ser hereditária, quando a condição está ligada a fatores genéticos ou adquirida. Neste caso, ela pode ser desencadeada por diversos fatores que aumentam a coagulação do sangue. Entre eles estão o uso de estrogênios, terapia de reposição hormonal, viagens aéreas prolongadas (por causa da pressão), cirurgias, imobilização e também a gravidez.
Trombose	

	Formação de trombos (coágulos) no interior de um vaso sanguíneo. Pode ser venosa ou arterial e produzem diferentes sintomas segundo os territórios afetados.
Trombose venosa profunda	Abreviação: TVP Formação de coágulos (trombos) no interior das veias profundas. Na maior parte das vezes, o trombo se forma na panturrilha, ou batata da perna, mas pode também ocorrer nas coxas e, ocasionalmente, nos membros superiores. Os sintomas mais frequentes são aumento local com dor e vermelhidão. Uma das complicações da trombose venosa profunda é o deslocamento do trombo para outro órgão (por exemplo, o pulmão).
Tumor	Termo que significa proliferação anormal, autônoma e descontrolada de um determinado tecido do corpo. Pode ser benigno ou maligno.
Tumor Estromal Gastrointestinal - GIST	Tumores raros originários das células do sistema nervoso autônomo do trato gastrointestinal e que comandam os movimentos do tubo digestivo. Ocorrem mais frequentemente no estômago ou no intestino delgado, mas podem aparecer em qualquer parte do trato gastrointestinal. Apresentam um crescimento lento, e são, na sua maioria, benignos.
Úlcera	Solução de continuidade de uma superfície cutânea ou mucosa, com rotura epitelial e exposição dos tecidos mais profundos.
Ultrassonografia	A ultrassonografia ou ecografia é um método diagnóstico não invasivo que utiliza o eco gerado através de ondas ultrassônicas de alta frequência para visualizar, em tempo real, estruturas e órgãos.
Útero	Útero: órgão do aparelho reprodutor feminino, onde o feto se desenvolve
Válvulas (valvas) cardíacas	Estruturas localizadas entre as cavidades do coração (átrios e ventrículos) e nas saídas dos vasos cardíacos. A função das válvulas cardíacas é de manter o fluxo de sangue em uma direção única.
Varicocele	Dilatação e tortuosidade das veias da bolsa escrotal. Pode afetar a produção do esperma diminuindo sua produção e qualidade.
Varizes esofágicas	Dilatação anormal das veias do esôfago causada pelo aumento da pressão na veia porta (hipertensão porta). Essas varizes podem se romper e provocar um sangramento digestivo importante e que pode levar ao óbito do paciente. A principal causa da hipertensão porta é a cirrose hepática.
Vias biliares	São canais que conectam o fígado e a vesícula biliar ao duodeno (porção inicial do intestino)

	delgado). A função das vias biliares é transportar a bile, substância que ajuda na digestão das gorduras.
Vias urinárias	Vias urinárias: ureteres, bexiga, uretra.

1. OBJETO

1.1. As presentes Condições Especiais têm como objetivo reembolsar ao(s) Segurado(s) deste Seguro, até o valor da Importância Segurada, definida no Item 3 destas condições especiais, em caso de acidente pessoal coberto, as despesas efetuadas pelo Segurado necessárias para seu tratamento.

1.2. Esta cobertura somente poderá ser oferecida como adicional de uma das coberturas básicas.

2. COBERTURA

2.1. É a garantia do pagamento das despesas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente.

2.2. Estão cobertas as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares incorridas a critério médico que o Segurado efetuar para seu restabelecimento.

2.3. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

2.4. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

2.5. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento, realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela Seguradora, pela variação do índice de preço determinado nas Condições **Contratuais**, quando da liquidação do sinistro.

3. CAPITAL SEGURADO

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

3.2. O capital segurado pela garantia adicional de despesas médico-hospitalares não pode ser superior ao maior capital estabelecido para as garantias básicas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4.1.1. Os acidentes ocorridos em consequências:

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

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETIVO

1.1 É a garantia do pagamento de diárias ao segurado, caso este venha a se afastar temporariamente do exercício de sua ocupação remunerada em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro. O valor da diária a ser indenizada deve ser compatível com a renda do segurado. O segurado fará jus a esta garantia se ficar total, contínuo e ininterruptamente, **por período temporário**, impossibilitado de exercer sua ocupação remunerada em caráter profissional durante o período em que se encontrar em tratamento médico, observados para cada evento o período indenitário, a franquia, a carência e o módulo (“1” ou “2”) contratado.

1.2 Esta cobertura estará disponível em 2 módulos:

1.2.1 **Módulo 1:** Sem cobertura para L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo;

1.2.2 **Módulo 2:** Com cobertura para L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo.

1.2.3 Em nenhuma hipótese o segurado poderá optar pela contratação de ambos os módulos, devendo sinalizar adequadamente, quando do preenchimento da proposta de contratação, a opção desejada.

1.2.4 Não será permitida, em nenhuma hipótese, a troca entre módulos durante a vigência do seguro.

2. DEFINIÇÕES

2.1 **Acidente Pessoal:** para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das condições gerais deste seguro.

2.2 **Limite Máximo de Diárias Indenizáveis:** é a quantidade máxima de diárias a que o segurado fará jus enquanto estiver afastado de sua profissão ou ocupação por motivo de doença ou acidente pessoal coberto, a contar do primeiro dia após o término do período de franquia e após cumprido o prazo de carência.

2.3 **Valor da diária contratada:** é o valor do capital segurado contratado dividido por 30 (trinta). Este valor deverá ser compatível com o rendimento líquido mensal do segurado, proveniente do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional, dividido por 30 (trinta).

2.4 **Capital Segurado:** é aquele indicado na proposta de contratação e no certificado individual, a título de renda mensal. A renda diária (ou valor da diária contratada) será obtida dividindo-se o capital segurado por 30 (trinta).

2.5 **Período indenitário:** corresponde ao período durante o qual o segurado fará jus ao recebimento da renda diária contratada, observado o disposto no item 6 destas condições especiais. O período indenitário contratado pelo segurado constará da proposta de contratação. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.

3. COBERTURA

3.1 Este seguro prevê o pagamento de diárias ao segurado, compatível com a renda, desde que fique comprovada sua total, contínua e ininterrupta, porém temporária, impossibilidade de exercer a sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento

médico por motivo de doença ou acidente pessoal coberto, observado para cada evento o período indenitário, a franquia, a carência e o módulo contratado.

3.1.1 Se ficar comprovada má-fé do segurado no que tange à informação constante na proposta de contratação, o segurado perderá o direito ao recebimento do capital segurado, com base no artigo 766 do Código Civil.

3.2 O pagamento das diárias se extinguirá com o retorno do segurado à atividade, com o fim do tratamento médico ou com o falecimento do mesmo ou findo o período do limite de diárias contratado.

3.3 Caso seja verificado pela perícia médica que a incapacidade de caráter temporário evoluiu para uma invalidez total e permanente, cessará o pagamento das diárias referentes a cobertura de Diária por Incapacidade Temporária.

4. PERÍODO DE FRANQUIA

3.4 Será adotado período de franquia correspondente a 15 (quinze) dias, a contar da data do evento, para eventos decorrentes de doença.

3.4.1 Poderá ser contratada a opção de franquia reduzida de 7 (sete) dias, para eventos decorrentes de doença.

3.4.2 Não haverá franquia para eventos decorrentes de acidente pessoal coberto.

3.5 O segurado somente terá direito à garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos. Durante o período de franquia, o segurado não terá direito ao recebimento de diárias.

5. PERÍODO DE CARÊNCIA

5.1 O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, e constará na proposta de contratação e na apólice.

5.2 As garantias deste seguro somente passam a vigorar depois de cumpridos os seguintes prazos de carência:

5.2.1 Eventos decorrentes de L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo: 150 (cento e cinquenta) dias contados a partir do início de vigência do seguro.

5.2.2 Eventos decorrentes de doenças não previstas no subitem acima: 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência do seguro.

5.2.3 Eventos decorrentes de acidente pessoal: Não há carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação do seguro.

5.3 Em caso de aumento do valor da diária, as carências para eventos decorrentes de LER, DORT e LTC serão de 210 dias e para as demais doenças serão de 90 dias, consideradas a partir do início de vigência do respectivo aumento. O aumento da carência incidirá somente sobre a diferença entre o novo valor e o valor antigo, ou seja, sobre o acréscimo feito. Para o valor inicialmente acordado, permanecerá a carência prevista no item 5.2 e o prazo continuará correndo normalmente. O limite máximo que um seguro pode estabelecer como prazo de carência é de 2 (dois) anos.

5.4 O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do seguro.

6. LIMITE MÁXIMO DE DIÁRIAS

6.1 O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto, para cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal será fixado na proposta de contratação e na apólice, e não poderá ser superior a:

6.1.1 90 (noventa) dias para eventos decorrentes de L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (exclusivo para o módulo 2); e

6.1.2 365 (trezentos e sessenta e cinco dias) para os demais eventos cobertos.

7. CONTRATAÇÃO DO SEGURO

7.1 Poderão ser incluídos no seguro os proponentes que estejam em gozo de boa saúde, em plena atividade profissional, sem qualquer comprometimento de sua capacidade laborativa, e tiverem preenchido e assinado a proposta de contratação, observados os limites de idade definidos, na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais e especiais, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

8. CAPITAL SEGURO

8.1 O capital segurado para esta cobertura deverá ser compatível com a renda mensal líquida do segurado proveniente do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional, e será estabelecido contratualmente, devendo constar na apólice do seguro.

8.2 O segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar à seguradora o aumento ou a redução do valor do capital segurado, dentro dos limites mínimo e máximo de valores para o capital estabelecidos no contrato.

8.3 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação do sinistro, será considerada como data do evento, o primeiro dia do afastamento por incapacidade do segurado de exercer sua profissão ou ocupação remunerada.

8.4 O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

8.5 Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

9. RISCOS EXCLUÍDOS

9.1 Além dos riscos mencionados nas condições gerais, estão também expressamente excluídos dos módulos 1 e 2:

- a) **Gravidez, parto e suas consequências, exceto se decorrente de acidentes pessoais;**
- b) **Toda e qualquer condição obstétrica, incluindo abortos, provocados ou não e suas decorrências imediatas, mediatas e tardias, exceto se decorrente de acidentes pessoais;**
- c) **Ceratotomia radial e demais condutas refrativas, mesmo que decorrentes de acidentes pessoais;**
- d) **Cirurgias plásticas em geral, salvo as restauradoras de função orgânica e as resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro, que requeiram reparação anatômica e as demais reconstrutoras inseridas como coadjuvante dos tratamentos cirúrgicos das neoplasias malignas;**
- e) **Cirurgias plásticas redutoras de qualquer espécie e as demais para colocação, retirada ou reposição de qualquer prótese;**
- f) **Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com a finalidade estética, embelezadora, cosmética ou social e ainda aqueles relacionados aos métodos de manutenção/alteração voluntários da anatomia corporal, com ou sem finalidade de rejuvenescimento, mesmo que haja indicação médica paralela, exceto nas condições previstas no item anterior, quando necessários à restauração/reparação/reconstrução da função de algum órgão ou membro, alterada em razão de evento ocorrido na vigência do seguro;**
- g) **Tratamentos clínicos, cirúrgicos ou por qualquer método considerados não éticos, assim como, aqueles não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia, incluindo-se os experimentais, os não referendados e os demais liberados sob quaisquer ressalvas restritivas;**
- h) **Quaisquer tratamentos e suas consequências, em qualquer tempo, para emagrecimento mesmo que para obesidade mórbida;**
- i) **Tratamento para senilidade e outras manifestações senis, repouso, convalescença física e/ou psíquica, qualquer que seja a origem, mesmo com indicação médica;**

- j) Tratamento odontológicos e buco-maxilo-faciais de qualquer espécie, origem ou indicação;
- k) Tratamento de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes ou envenenamentos coletivos;
- l) Quando ocorrer o agravamento intencional do risco, por parte do segurado;
- m) Infecções oportunistas, condições infecciosas recidivantes e doenças infectocontagiosas de notificação compulsória, inclusive a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e suas consequências.
- n) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, assim como suas decorrências;
- o) Eventos decorrentes de doenças e ou acidentes pessoais ocorridos antes do início de vigência do risco individual ou durante o período de carência estabelecido nestas condições gerais, incluindo-se as doenças de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação.
- p) Eventos, ainda que cobertos, mas compreendidos no período de franquia estabelecido no contrato;
- q) Tratamentos e suas consequências em qualquer tempo, destinados a correção de infertilidade, esterilidade, impotência, mudança de sexo, assim como aqueles destinados à anticoncepção, métodos contraceptivos e inseminação artificial, incluindo a realização de métodos diagnósticos invasivos a quaisquer das questões aqui relacionadas;
- r) Estados de convalescença (após a alta médica);
- s) Hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- t) Anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;
- u) Luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;
- v) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- w) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- x) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, incluindo síndrome do pânico e estresse, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
- y) Doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais;
- z) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- aa) Hérnia, todas, exceto após tratamento cirúrgico ou quando decorrente de acidente pessoal coberto.

9.2 Estão também expressamente excluídos do módulo 1:

- a) Doenças ocupacionais incluindo as profissionais e as doenças do trabalho, abrangendo todas aquelas situações clínicas que tenham histórico médico anterior relacionado a condições onde haja/tenha havido, em qualquer tempo pregresso, nexos causal positivo com a atividade profissional, inclusive quaisquer condições enquadradas sob a sigla LER–DORT–LTC (Lesão por Esforço Repetitivo – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – Lesões por Traumas Cumulativos) tais como tendinites, sinovites, tenossinovites, cervicobraquialgias, artrites, bursites, epicondilite, síndrome do túnel do carpo, dedo em gatilho, síndrome do desfiladeiro torácico, síndrome do pronador redondo, mialgias;
- b) Lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais degenerativas, dorsalgias e cervicalgias.

10. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

10.1 Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato. Desta forma, o segurado deverá comunicar a ocorrência do sinistro ao segurador logo que seja possível fazê-lo, conforme artigo 771 do Código Civil.

10.2 O segurado deverá apresentar à seguradora, os documentos listados no item 16 – Liquidação de Sinistros, das condições gerais, necessários ao esclarecimento e comprovação do afastamento e sua causa. Caso tais documentos não sejam suficientes para a elucidação dos fatos, deverá ser observado o disposto nos itens 16.9 e 16.11.

10.3 Com base na comunicação e comprovantes de sinistro e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária nos termos destas condições, a seguradora efetuará o pagamento das diárias.

11. INDENIZAÇÃO

11.1 A indenização consiste no pagamento do **valor da diária compatível com a renda mensal líquida proveniente única e exclusivamente do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional**, durante o período do efetivo afastamento prescrito pelo Médico Assistente, desde que ratificado no relatório da perícia médica, mas limitado ao período indenitário contratado. O período prescrito pelo Médico Assistente deverá corresponder ao da efetiva incapacidade laborativa e ser compatível com o período necessário à recuperação do segurado, salvo nos casos de intercorrências comprovadas e que justifiquem a prorrogação do período inicialmente previsto, devidamente comprovada por laudo do Médico Assistente.

11.2 A primeira perícia médica poderá determinar a necessidade de realização de nova perícia médica, quando será apresentado um relatório atualizado do médico assistente.

11.3 A indenização será devida depois de cumprido os prazos de carência e franquia, quando se inicia a contagem do período indenitário contratado. O pagamento das diárias se extinguirá com o falecimento do segurado ou com o retorno do segurado à atividade.

11.4 É de exclusiva responsabilidade do segurado em gozo da renda diária por Incapacidade Temporária a comunicação, por escrito, da cessação do seu estado de incapacidade ou retorno à atividade remunerada.

11.5 Caso a seguradora venha efetuar pagamentos indevidos, por omissão da comunicação prevista no item anterior, o segurado ficará responsável pela devolução, à seguradora, das quantias indevidamente pagas.

11.6 O pagamento das diárias será feito no 10º (décimo) dia útil de cada mês subsequente ao afastamento, desde que tenha sido apresentada a documentação pertinente. Nos casos em que o período de afastamento superar 30 (trinta) dias, o pagamento será efetuado a cada 30 (trinta) dias.

11.7 A partir da data em que se tornar exigível, e não sendo cumprido o prazo estabelecido para o pagamento, a indenização será atualizada com base na variação positiva do índice estabelecido no item 10 das condições gerais.

11.8 A variação de que trata o subitem 11.7 será apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito a aplicação de mora, conforme subitem 11.9.

11.9 Da Aplicabilidade de Mora: Adicionalmente à atualização descrita nos subitens anteriores, os valores relativos às indenizações serão acrescidos de juros moratórios de 1% ao ano, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no subitem 16.7 das condições gerais, sendo efetuada a partir do 1º dia posterior ao referido prazo.

11.10 Não haverá acúmulo de pagamento de diárias.

11.11 Todas as despesas efetuadas com a comprovação do evento correrão por conta do segurado. As comprobatórias da exclusão de cobertura correrão por conta da seguradora.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas, conforme estabelecido nas condições gerais do seguro, durante o período de recebimento de indenização

da cobertura objeto destas condições especiais, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.

12.2 Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais da apólice que não foram revogadas por estas condições especiais.

1. OBJETO

1.1. A presente cobertura tem como objetivo garantir o pagamento de diárias ao Segurado titular, caso este venha a se afastar temporariamente do exercício de sua ocupação remunerada em decorrência de acidente pessoal coberto. O valor da diária a ser indenizada deve ser compatível com a renda do segurado. O Segurado fará jus a esta Garantia se ficar total, contínuo e ininterruptamente, **por período temporário**, impossibilitado de exercer sua ocupação remunerada em caráter profissional durante o período em que se encontrar em tratamento médico, observados para cada evento o período indenitário, a franquia e a carência estabelecidos no Contrato.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. **Limite Máximo de Diárias Indenizáveis:** é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto estiver afastado de sua ocupação remunerada em caráter profissional por motivo de acidente pessoal coberto, a contar do primeiro dia após o término do período de Franquia.

2.3. **Valor da diária contratada:** É o valor do(s) rendimento(s) líquido(s) mensal(is) do segurado titular proveniente(s) do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional, comprovado(s) quando da liquidação do sinistro, dividido por 30 (trinta), limitado ao valor do capital segurado contratado dividido por 30 (trinta).

2.4. **Capital segurado:** é aquele indicado na proposta de adesão e no certificado individual, a título de Renda Mensal. O segurado estará contratando um limite de capital e não um capital fixo. A indenização deverá ser compatível com **o(s) rendimento(s) líquido(s) mensal(is) do Segurado proveniente(s) do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional e** será determinada a partir da comprovação de renda no momento da liquidação do sinistro, não podendo exceder tal limite. A Renda diária (ou valor da diária contratada) será obtida dividindo-se o Capital Segurado por 30 (trinta).

2.5. **Período indenitário:** corresponde ao período durante o qual o segurado fará jus ao recebimento da renda diária contratada, observado o disposto no item 6 destas condições especiais. O período indenitário contratado pelo Segurado constará da proposta de adesão e do Contrato. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.

3. COBERTURA

3.1. Este seguro prevê o pagamento de diárias ao segurado, compatível com a renda, desde que fique comprovada sua total, contínua e ininterrupta, porém temporária, impossibilidade de exercer a sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico por motivo de doença ou acidente pessoal coberto, observado para cada evento o período indenitário, a franquia, a carência e o módulo contratado.

3.1.1. **O valor do Capital Segurado poderá ser superior ao valor da renda mensal líquida comprovada, quando da liquidação de sinistro, considerando que a contratação é de um limite máximo indenizável. Sendo assim, o pagamento da indenização (valor da diária a ser pago) será realizado em função do valor comprovado, correspondente a perda de renda do segurado em função de seu afastamento, até o valor da diária contratada. Desta forma, não caberá devolução de prêmios, pois o mesmo não é calculado em função de um capital fixo, mas em função de um limite máximo de indenização contratado.**

3.1.2. Se ficar comprovada má-fé do segurado no que tange à informação constante na proposta de contratação, o segurado perderá o direito ao recebimento do capital segurado, com base no artigo 766 do Código Civil.

3.2. O pagamento das diárias se extinguirá com o retorno do segurado à atividade, com o fim do tratamento médico ou com o falecimento do mesmo ou findo o período do limite de diárias contratado.

3.3. Se ficar verificado pela perícia médica que a incapacidade de caráter temporário evolui para uma invalidez total e permanente, nada mais será devido para a cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente.

4. PERÍODO DE FRANQUIA

4.1. Poderá ser adotado período de franquia, a contar da data do evento, conforme estabelecido no Contrato, na proposta de adesão e na apólice, obedecido o limite máximo legal de até 15 (quinze) dias.

4.2. O Segurado somente terá direito à garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos.

5. PERÍODO DE CARÊNCIA

5.1. Não haverá carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação ou de adesão ao seguro.

6. LIMITE MÁXIMO DE DIÁRIAS

6.1. O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto, para cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal será fixado na Proposta de Adesão, no Certificado Individual e no Contrato e não poderá ser superior a 365 (trezentos e sessenta e cinco dias).

7. ADESÃO AO SEGURO

7.1. Poderão ser incluídos no grupo segurado os proponentes pertencentes ao grupo segurável que estejam em gozo de boa saúde, em plena atividade profissional, sem qualquer comprometimento de sua capacidade laborativa, e tiverem preenchido e assinado a proposta de adesão, observados os limites de idade definidos na apólice, na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais e Especiais, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1. O Capital Segurado para esta Cobertura deverá ser compatível com a renda mensal líquida do segurado proveniente do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional, comprovada quando da liquidação do sinistro, e será estabelecido contratualmente, devendo constar no respectivo Certificado Individual do Seguro. **Ele não será um capital fixo, mas um limite de capital indenizável.**

8.2. O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar à Seguradora o aumento ou a redução do valor do capital segurado, dentro dos limites mínimo e máximo de valores para o capital estabelecidos no Contrato.

8.3. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação do sinistro, será considerada como data do evento, o primeiro dia do afastamento por incapacidade do segurado de exercer sua profissão ou ocupação remunerada.

8.4. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

8.5. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno às atividades laborativas.

9. RISCOS EXCLUÍDOS

9.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos os acidentes em consequência:

- a) de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios, salvo se tratar de mera utilização de meio de transporte mais arriscado ou prática de esportes;**
- b) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;**
- c) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar;**
- d) de qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT/LTC, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;**
- e) de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;**
- f) de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;**
- g) de cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos na vigência do Seguro;**
- h) de tratamento odontológico e ortodontológico;**
- i) de lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoal coberto;**
- j) de internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadas pela expressão “acidentes vasculares cerebrais”;**
- k) de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie.**

10. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

10.1. Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato. Desta forma, o segurado deverá comunicar a ocorrência do sinistro ao segurador logo que seja possível fazê-lo, conforme artigo 771 do Código Civil.

10.2. O Segurado deverá apresentar à Seguradora, os documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros, das Condições Gerais, necessários ao esclarecimento e comprovação do afastamento e sua causa. Caso tais documentos não sejam suficientes para a elucidação dos fatos, deverá ser observado o disposto nos itens 19.11 e 19.12.

10.3. Com base na comunicação e comprovantes de sinistro e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária nos termos destas condições, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias.

11. INDENIZAÇÃO

11.1. A indenização consiste no pagamento do valor da diária compatível com a renda mensal líquida proveniente única e exclusivamente do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional, limitada ao valor da diária de referência contratada constante na proposta de adesão, durante o período do efetivo afastamento prescrito pelo Médico Assistente, desde que ratificado no relatório da perícia médica, mas limitado ao período indenitário contratado. O período prescrito pelo Médico Assistente deverá corresponder ao da efetiva incapacidade laborativa e ser compatível com o período necessário à recuperação do Segurado, salvo nos casos de intercorrências comprovadas e que justifiquem a prorrogação do período inicialmente previsto, devidamente comprovada por laudo do Médico Assistente.

11.2. A primeira perícia médica poderá determinar a necessidade de realização de nova perícia médica, quando será apresentado um relatório atualizado do médico assistente.

11.3. A indenização será devida depois de cumprido o prazo de franquias, quando se inicia a contagem do período indenitário contratado. O pagamento das diárias se extinguirá com o falecimento do segurado ou com o retorno do segurado à atividade.

11.4. É de exclusiva responsabilidade do Segurado em gozo da Renda Diária por Incapacidade Temporária a comunicação, por escrito, da cessação do seu estado de incapacidade ou retorno à atividade remunerada.

11.5. Caso a Seguradora venha efetuar pagamentos indevidos, por omissão da comunicação prevista no item anterior, o Segurado ficará responsável pela devolução, à Seguradora, das quantias indevidamente pagas.

11.6. O pagamento das diárias será feito no 10º (décimo) dia útil de cada mês subsequente ao afastamento, desde que tenha sido apresentada a documentação pertinente. Nos casos em que o período de afastamento superar 30 (trinta) dias, o pagamento será efetuado a cada 30 (trinta) dias.

11.7. **A indenização será paga com base no(s) rendimento(s) mensal(is) líquido(s), proveniente(s) exclusivamente do exercício da ocupação remunerada em caráter profissional do Segurado, em vigor na data do sinistro, devidamente comprovado(s), limitado ao Capital Segurado contratado.**

11.8. A partir da data em que se tornar exigível, e não sendo cumprido o prazo estabelecido para o pagamento, a indenização será atualizada com base na variação positiva do índice estabelecido no item 11 das Condições Gerais.

11.9. A variação de que trata o subitem 11.8, será apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito a aplicação de Mora, conforme subitem 11.10.

11.10. **Da Aplicabilidade de Mora:** Adicionalmente à atualização descrita nos subitens anteriores, os valores relativos às indenizações serão acrescidos de juros moratórios de 1% ao ano, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no subitem 19.10 das Condições Gerais, sendo efetuada a partir do 1º dia posterior ao referido prazo.

11.11. Não haverá acúmulo de pagamento de diárias.

11.12. **Todas as despesas efetuadas com a comprovação do evento correrão por conta do segurado.** As comprobatórias da exclusão de cobertura correrão por conta da Seguradora.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETO

1.1. As presentes Condições Especiais têm como objetivo o pagamento ao próprio Segurado de uma indenização em valor equivalente ao Capital Segurado contratado na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro, em decorrência de diagnóstico definitivo de câncer maligno de Próstata e Testículo, durante a vigência do seguro.

2. COBERTURA

2.1. Para os efeitos desta cobertura, câncer maligno de Próstata e Testículo é considerado uma doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão e destruição de tecidos da próstata e dos testículos, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico e/ou quimioterapia e/ou radioterapia e/ou tratamentos estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelas respectivas Sociedades Médico-Científicas Especializadas e pelo Ministério da Saúde do Brasil. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo.

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

2.3. O segurado não fará jus à garantia se o câncer for diagnosticado após a morte do segurado.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Configuram riscos excluídos da cobertura de Diagnóstico de Câncer:

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.1.1. Para fins do disposto nesse item, considera-se data de ocorrência do Sinistro a data do diagnóstico do câncer, comprovado por resultado de exame anátomo-patológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

5. PRAZO DE CARÊNCIA

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

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

1. OBJETO

1.1. As presentes Condições Especiais têm como objetivo, a ser definido nas Condições Contratuais, indenizar ao(s) Segurado(s) deste Seguro, o capital segurado contratado, a título de auxílio medicamentos, em caso de acidente pessoal coberto ou reembolsar ao(s) Segurado(s) deste Seguro, até o valor da Importância Segurada, definida no Item 3 destas condições especiais, em caso de acidente pessoal coberto, as despesas efetuadas pelo Segurado necessárias para compra de medicamentos para seu tratamento.

1.2. Esta cobertura somente poderá ser oferecida como adicional de uma das coberturas básicas.

2. COBERTURA

2.1. É a garantia, a ser definida nas Condições Contratuais, do pagamento de um capital segurado a título de auxílio no custeio das despesas com medicamentos ou do reembolso das despesas efetuadas pelo Segurado com compra de medicamentos para seu tratamento, sob orientação médica, realizada nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente.

2.2. Caso a garantia seja de reembolso, estão cobertas as despesas incorridas com medicamentos, a critério médico, que o Segurado efetuar para seu restabelecimento.

2.3. Caso a garantia seja de reembolso, cabe ao Segurado a livre escolha dos estabelecimentos onde o medicamento será adquirido, desde que legalmente habilitados.

2.4. Caso a garantia seja de reembolso e, desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com estabelecimentos onde poderão ser adquiridos os medicamentos.

2.5. Caso a garantia seja de reembolso, as despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento, realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela Seguradora, pela variação do índice de preço determinado nas **Condições Contratuais**, quando da liquidação do sinistro.

3. CAPITAL SEGURADO

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

3.2. O capital segurado pela garantia adicional de Auxílio Medicamentos não pode ser superior ao maior capital estabelecido para as garantias básicas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4.1.1. Os acidentes ocorridos em consequência:

- a) de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios, salvo se tratar de mera utilização de meio de transporte mais arriscado ou prática de esportes;**
- b) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;**
- c) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar. Esta ressalva se aplica também para os casos de utilização de meio de transporte mais arriscado e da prática de esporte.**

- 4.1.2. Caso a garantia seja de reembolso, os medicamentos comprados sem receita médica emitida por profissional habilitado.**
- 4.1.3. Caso a garantia seja de reembolso, os medicamentos que não estejam registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).**
- 4.1.4. Caso a garantia seja de reembolso, os medicamentos que não tenham sido adquiridos para tratamento de consequências do acidente ou que não estejam diretamente relacionados ao evento.**

5. FRANQUIA

- 5.1. Poderá ser adotado valor de franquia conforme estabelecido no Contrato, na proposta de adesão e na apólice.**
- 5.2. Caso a garantia seja de reembolso, o segurado somente terá direito ao reembolso do valor no caso do somatório dos medicamentos comprados terem valores superiores à franquia estabelecida em contrato.**

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.**

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 7.1. Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas conforme estabelecido nas Condições Gerais do Seguro, durante o período de recebimento de indenização da cobertura objeto destas Condições Especiais, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.**
- 7.2. Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Gerais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.**

1. OBJETO

1.1. As presentes Condições Especiais têm por objetivo garantir ao Segurado, dentro dos limites de cobertura, o pagamento de um valor fixo diário, conforme definido no Certificado Individual do Segurado, referente a cada dia de internação hospitalar, comprovada em estabelecimento hospitalar de sua livre escolha, desde que a hospitalização seja decorrente de acidente pessoal coberto e seja somente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

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

2. COBERTURA

2.1. A internação hospitalar deverá ser por um período mínimo de 12 (doze) horas, a qual deverá ser comprovada através de documentação do hospital, conforme definido no subitem 19.1.25. das Condições Gerais.

2.2. Estão cobertas as diárias hospitalares incorridas a critério médico que o Segurado utilizar para seu restabelecimento em decorrência de acidente pessoal coberto.

2.3. A cobertura inicia-se no 1º (primeiro) dia da caracterização da internação hospitalar e termina no dia da alta médica hospitalar do segurado, respeitando o limite máximo de 360 (trezentos e sessenta) diárias por evento, sendo que nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.

2.3.1. Considera-se como reinternação a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 360 (trezentos e sessenta) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas ao mesmo evento, e para a qual já tenha sido efetuado pagamento de indenização.

2.4. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços hospitalares, desde que legalmente habilitados.

2.5. A internação hospitalar no exterior será paga com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento, realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido.

3. FRANQUIA

3.1. Para a cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente, o segurado deverá permanecer internado por um período mínimo de 12 (doze) horas, em hospital, em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório.

3.2. Não serão aplicadas quaisquer tipo de carências nesta cobertura.

3.1. Poderá ser adotado período de franquia, a contar da data do evento, conforme estabelecido no Contrato, na proposta de adesão e na apólice, obedecido o limite máximo legal de até 15 (quinze) dias.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento a data da internação.

4.2. O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos os acidentes ocorridos em consequência:

5.1.1. de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios, salvo se tratar de mera utilização de meio de transporte mais arriscado ou prática de esportes;

5.1.2. de furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;

5.1.3. de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar. Esta ressalva se aplica também para os casos de utilização de meio de transporte mais arriscado e da prática de esporte;

5.1.4. de qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;

5.1.5. de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;

5.1.6. de atos terroristas;

5.1.7. de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;

5.1.8. de cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos na vigência do Seguro;

5.1.9. de tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;

5.1.10. de tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátrica, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;

5.1.11. de lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoal coberto;

5.1.12. de internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadas pela expressão “acidentes vasculares cerebrais”;

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

5.1.14. de procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETIVO

1.1 É a garantia do pagamento de uma indenização ao segurado no caso do seu filho nascer com doença congênita conforme definido no item 2.

2. COBERTURA

2.1 Para fins desta cobertura entende-se como doenças congênitas as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por má formações anatômicas, presentes no nascimento, diagnosticadas e comprovadas como congênitas, por uma declaração de médico especialista, até o trigésimo mês do nascimento.

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

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data do nascimento do filho do Segurado com doença congênita.

4. CARÊNCIA

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

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

1. OBJETIVO

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

2. COBERTURA

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Configuram riscos excluídos da cobertura de Diagnóstico de Câncer:

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.2 Para fins do disposto nesse item, considera-se data de ocorrência do Sinistro a data do diagnóstico do câncer, comprovado por resultado de exame anátomo-patológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

5. PRAZO DE CARÊNCIA

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

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

1. OBJETIVO

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

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

1.1.2 Não haverá a garantia de Indenização:

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

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

2. COBERTURA

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

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

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. PRAZO DE CARÊNCIA

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

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

7. RATIFICAÇÃO

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

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo garantir ao Segurado Principal o reembolso das despesas efetivamente gastas com a alteração da Residência Habitual e/ou Veículo Particular, limitado ao valor da importância segurada, caso o mesmo, em virtude de um acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, sofra lesão física e venha, por determinação de um médico fisioterapeuta, necessitar desta alteração.

2. GARANTIA

2.1 É a garantia do reembolso ao Segurado Principal das despesas efetivamente gastas com a alteração da Residência Habitual e/ou Veículo Particular, limitado ao valor da importância segurada, caso o mesmo, em virtude de um acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, sofra lesão física e venha, por determinação de um médico fisioterapeuta, necessitar desta alteração, respeitados os riscos excluídos constantes das Condições Gerais e destas Condições Especiais.

2.1.1 O reembolso será feito para as despesas com a **Alteração da Residência Habitual e/ou Veículo Particular** que ocorrerem em até 2 (dois) anos a contar da data do acidente.

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

3. CAPITAL SEGURO

3.1 O capital segurado desta garantia será estabelecido de comum acordo entre o Estipulante e a Seguradora, constando nas Condições Contratuais da Apólice.

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

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1 **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.**

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 **Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos:**

Os acidentes ocorridos em consequência:

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

6. BENEFICIÁRIO

6.1 É beneficiária desta garantia a pessoa que apresentar a comprovação com as despesas de alteração da Residência Habitual e/ou Veículo Particular do Segurado Principal, no caso do subitem 4.1 destas Condições Especiais.

7. RATIFICAÇÃO

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

1. OBJETIVO

1.1 É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) Beneficiário(s), a título de auxílio-alimentação, caso o Segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais,**

1.2 **Esta Cláusula somente será devida se caracterizada as coberturas de Morte ou Morte Acidental.**

1.3 **As Disposições Contratuais preverão se o pagamento da Indenização será realizado por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético ou, ainda, em espécie.**

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

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

3. CARÊNCIA

3.1 O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

3.2 O período de carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

3.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

4. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

4.1 Em caso de Evento Coberto, se a opção for entrega de cestas de alimentos, estas serão entregues ao(s) Beneficiário(s), de acordo com o valor referencial e periodicidade estabelecidos contratualmente.

4.2 O valor referencial abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.

4.3 **A composição da cesta de alimentos poderá ser alterada em consequência da oferta de mercado e/ou oscilações de preço. Por este motivo, os itens poderão ser substituídos em quantidade ou marca e/ou excluídos para manter o limite referencial de valor.**

4.3.1 As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo(s) Beneficiário(s).

4.3.2 **Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo(s) Beneficiário(s).**

5. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

5.1 Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização por intermédio de crédito em cartão magnético destinado para tal fim, a Seguradora ou prestador de serviços por ela autorizado fornecerá cartão magnético e senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

5.2 Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

7. RATIFICAÇÃO

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

1. OBJETIVO

1.1 É a garantia do pagamento de uma indenização ao Segurado, a título de auxílio-alimentação, em caso de invalidez total e permanente do mesmo, causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2 Esta Cláusula somente será devida se caracterizada a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente.

1.3 As Disposições Contratuais preverão se o pagamento da Indenização será realizado por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético ou, ainda, em espécie.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4.1. Os acidentes ocorridos em consequência:

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

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

4. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

4.1 Em caso de Evento Coberto, se a opção for entrega de cestas de alimentos, estas serão entregues ao Segurado, de acordo com o valor referencial e periodicidade estabelecidos contratualmente.

4.2 O valor referencial abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.

4.3 **A composição da cesta de alimentos poderá ser alterada em consequência da oferta de mercado e/ou oscilações de preço. Por este motivo, os itens poderão ser substituídos em quantidade ou marca e/ou excluídos para manter o limite referencial de valor.**

4.3.1 As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo Segurado.

4.3.2 **Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo Segurado.**

5. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

5.1 Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização por intermédio de crédito em cartão magnético destinado para tal fim, a Seguradora ou prestador de serviços por ela autorizado fornecerá cartão magnético e senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

5.2 Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

7. RATIFICAÇÃO

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

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cláusula, desde que contratada, tem o objetivo de auxiliar nas despesas iniciais decorrentes do nascimento do(s) filho(s) do Segurado.
- 1.2 Garante ao Segurado o reembolso das despesas diretamente vinculadas ao nascimento do(s) filho(s) do Segurado, a título de auxílio natalidade, em caso de filho(s) nascidos vivos, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observado o limite contrato para esta cobertura e os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.3 **Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor estabelecido em contrato multiplicado pelo número de filhos nascidos vivos no mesmo parto.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 **Despesas Vinculadas ao Nascimento:** serão consideradas despesas vinculadas ao nascimento: fraldas, vacinas, exames, consultas pediátricas, medicamentos e suplementos alimentares. Todas as despesas deverão ser devidamente comprovadas conforme descrito no item 10 desta cobertura.
- 2.2 **Nascidos Vivos:** quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.
- 2.3 **Natimorto:** É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 **Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos:**

Os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) **Nascimento fora da vigência do seguro;**
- b) **Natimorto;**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2 Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do nascimento do(s) filho(s) do Segurado.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 5.1 **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.**

6. RATIFICAÇÃO

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

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cláusula, desde que contratada, tem o objetivo de auxiliar nas despesas iniciais decorrentes do nascimento do(s) filho(s) do Segurado.
- 1.2 Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, a título de auxílio natalidade, em caso de filho(s) nascidos vivos **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observado o limite contrato para esta cobertura e os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.3 **Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor estabelecido em contrato multiplicado pelo número de filhos nascidos vivos no mesmo parto.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 **Nascidos Vivos:** quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.
- 2.2 **Natimorto:** É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 **Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos:**

Os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Nascimento fora da vigência do seguro;
- b) Natimorto;

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2 Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do nascimento do(s) filho(s) do Segurado.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 5.1 **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.**

6. RATIFICAÇÃO

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

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cláusula, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização, a título de apoio financeiro ao empregado e/ou ao empregador, na ocorrência do afastamento laborativo do empregado por acidente ou doença. A cobertura se aplica tanto em casos de acidente típico, de trajeto ou doença ocupacional, mediante registro no CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), quanto em casos de doenças comum, desde que o afastamento tenha dado origem ao benefício de auxílio-doença concedido pelos órgãos responsáveis da Previdência Social/INSS, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os termos destas Condições Especiais, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.2 As indenizações previstas nesta Cláusula serão devidas após decorrido o período de Franquia, limitado ao Capital Segurado Contratado e a distribuição deste Capital entre o empregado e empregador, quando aplicável.
- 1.3 **Caso ocorra o afastamento acidentário laborativo por agravamento do evento coberto já indenizado, não haverá cobertura.**

2. DEFINIÇÃO

- 2.1 **Acidente Laborativo:** é o acidente ocorrido no exercício da atividade profissional a serviço do Empregador e que provoque lesão corporal ou perturbação funcional que cause a perda ou redução (permanente ou temporária) da capacidade para o trabalho.
- 2.2 **Acidente Típico:** acidente que ocorre a serviço da Empresa.
- 2.3 **Acidente do Trajeto:** acidente que ocorre no percurso residência ou refeição para o local de trabalho e vice-versa.
- 2.4 **Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT):** é um documento emitido para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou de trajeto bem como uma doença ocupacional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 **Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos:**

Os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizante;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados do início de vigência do seguro;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções;

- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) Acidente Vascular Cerebral;
- k) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo
- l) eventos em que o período do afastamento acidentário laborativo do Segurado seja inferior a Franquia estabelecida no Contrato/Apólice e que não resultem em benefício de auxílio-doença acidentário da Previdência Social;
- m) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;
- n) os eventos ocorridos anteriores a vigência do seguro, bem como os ocorridos durante a sua vigência, que tenham provocado a necessidade de comunicação da reabertura do CAT ao INSS.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e deverá constar na respectiva Apólice de Seguro e, quando aplicável, deverá constar também a distribuição do capital entre o empregado e empregador.
- 4.2 Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de acidente típico ou de trajeto coberto.
- 4.3 O Capital Segurado relativo a esta garantia será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.
- 4.4 **Não haverá reintegração de capital para casos de CAT reabertura, ou seja, quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento da lesão, acidente comunicado anteriormente ao INSS**

5. FRANQUIA

- 5.1 O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 30 (trinta) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica.
- 5.2 As Indenizações previstas nesta Cláusula serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1 **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.**

7. RATIFICAÇÃO

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

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cláusula, desde que contratada, garante ao Estipulante/ Subestipulante o pagamento de uma Indenização, a título de reembolso das despesas com pagamento de verbas rescisórias, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, em consequência exclusiva de Incapacitação Permanente do segurado seja decorrente de causa de Invalidez por Doença – Funcional ou Invalidez Permanente Total por Acidente. As verbas rescisórias serão devidas ao empregado aposentado por invalidez que, seja dispensado pelo empregador ou que requeira a rescisão do Contrato de Trabalho, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 **Agravo Mórbido:** Piora de uma doença
- 2.2 **Alienação Mental:** Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
- 2.3 **Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4 **Atividade Laborativa:** Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
- 2.5 **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6 **Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7 **Cardiopatia Grave:** Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 2.8 **Cognição:** Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 2.9 **Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.10 **Consumpção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11 **Dados Antropométricos:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- 2.12 **Deambular:** Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.13 **Declaração Médica:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.14 **Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.15 **Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.16 **Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.17 **Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.18 **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em

curso de piora, apesar do tratamento.

- 2.19**Doença em Estágio Terminal:** Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.20**Doença Neoplásica Maligna Ativa:** Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 2.21**Doença Profissional:** Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 2.22**Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.23**Etiologia:** Causa de cada doença.
- 2.24**Fatores de Risco e Morbidade:** Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.25**Hígidez:** Saudável.
- 2.26**Médico Assistente:** Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.27**Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.28**Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.29**Recidiva:** Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.30**Refratariedade Terapêutica:** Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.31**Relações autonômicas:** entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar todas as suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas independente de qualquer ajuda.
- 2.32**Relações Existenciais:** Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.33**Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.34**Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.35**Transferência Corporal:** Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.
- 2.36 **Acidente Pessoal:** para fins desta Cláusula prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.37**Invalidez Permanente Total por Acidente:** para fins desta Cláusula é a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme item 5 destas condições especiais, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.
- a) **Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta garantia.**
- b) **A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.**
- c) **Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.**

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Considera-se como Risco Coberto a Invalidez por Doença – Funcional, em consequência de doença que cause a perda da existência independente do Segurado, assim entendida como a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das Relações Autônomicas do Segurado.

- a) A caracterização de quadro clínico incapacitante será feita segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotado pela classe médica especializada de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes única e exclusivamente de:
- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição);
 - e) doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - g) deficiência visual:
 - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
 - ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
 - h) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
 - i) estados mórbidos, a seguir relacionados:
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés

3.2 Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (anexo), e que o Segurado atinja a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

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

3.2.a.1 O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

3.2.a.2 Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

- 3.2.a.3 Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- b) O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
- 3.2.b.1 Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.
- 3.3 Considera-se como Risco Coberto da Invalidez Permanente Total por Acidente lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cláusula, considerando, também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizante;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
 - d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados do início de vigência do seguro; ou da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado.
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;
 - g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;
 - h) eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;
 - i) quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;
 - j) doenças agravadas por traumatismos;
 - k) invalidez que limite total ou parcialmente a capacidade laborativa do Segurado.
- 4.2 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente garantia, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizante;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados do início de vigência do seguro; ou da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado.
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;
- g) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- h) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) Acidente Vascular Cerebral;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- m) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- n) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 Reconhecida a Invalidez por Doença do tipo Funcional ou Invalidez Permanente Total por Acidente pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

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

Invalidez Permanente Total por Acidente	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
Perda total da visão de ambos os olhos	100

Perda total do uso de ambos os membros	100
Perda total do uso de ambos os membros	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100

6. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

- 6.1 As despesas efetuadas para a caracterização da Invalidez por Doença Funcional são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagar a Indenização
- 6.2 **A concessão do benefício de aposentadoria por invalidez, ainda que por instituições oficiais de previdência social, ou por órgãos do poder público ou mesmo por outras instituições público-privadas, não caracterizam, por si só, o estado de invalidez permanente por doença funcional.**
- 6.3 **A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e/ou de natureza profissional.**

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 7.1 **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.**

8. RATIFICAÇÃO

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

**ANEXO À CLÁUSULA ADICIONAL DA GARANTIA DE VERBAS RESCISÓRIAS POR
INCAPACITAÇÃO PERMANENTE**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

DOCUMENTO 1

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO	20

	(CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	
ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONECTIVIDADE E DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

DOCUMENTO 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada garante ao segurado o pagamento de valor determinado e limitado ao descrito na apólice, em caso de Perda de Renda, para Profissionais Liberais ou Autônomos, em consequência de acidente, ocorrido durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os termos destas Condições Especiais, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. ELEGIBILIDADE

- 2.1 **Segurado Profissional Liberal ou Autônomo Vinculado a um Único Estipulante.**
- 2.2 O Segurado Profissional Liberal ou Autônomo regularmente inscrito junto ao INSS e estando adimplente com os devidos recolhimentos será considerado elegível ao recebimento da Indenização, em caso de afastamento ocorrido em virtude de acidente coberto que gere comprovada interrupção temporária e involuntária de exercer todas as suas atividades profissionais, mediante comprovação por laudo médico devidamente reconhecido pela Seguradora.
- 2.3 Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado, profissional liberal ou autônomo em atividade profissional, que possua Contrato de trabalho devidamente reconhecido e homologado pelo Sindicato Patronal de sua base de vinculação com a Estipulante pelo período mínimo de um mês de vínculo com o Estipulante a partir da data de homologação do contrato devidamente comprovado.
- 2.4 Após um evento indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 **Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos de cobertura para esta garantia, as despesas decorrentes de:**
Segurado Profissional Liberal ou Autônomo
- a) **Gravidez;**
 - b) **procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;**
 - c) **tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;**
 - d) **cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;**
 - e) **tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;**
 - f) **tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;**
 - g) **tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;**
 - h) **doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;**

- i) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- j) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- k) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- l) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- m) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- n) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo
- o) Contrato de trabalho sem homologação Sindical.
- p) Segurados não considerados elegíveis a Indenização, conforme item 2.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar no respectivo Certificado.

4.1.1. O valor máximo de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas indenizáveis, serão estabelecidos na Apólice de Seguro.

4.1.1.1. A indenização está limitada ao máximo de 6(seis) meses de afastamento e cessará, automaticamente, a partir do mês de caracterização de seu retorno, comprovado pelo INSS

4.1.2. Saldos em atraso, assim como respectivas multas e juros, não estão cobertos, conforme estabelecido no Certificado.

4.2. Para fins desta cobertura considera-se data do evento, a data da Perda de Renda, sendo esta a data do primeiro dia do afastamento, conforme documentação comprobatória.

4.3. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura está condicionado a 1(hum) evento/Ano., observado o disposto nos itens 2.1.

5. CESSAÇÃO DE COBERTURA

5.1 Além das situações previstas nas Condições Gerais, esta cobertura cessa ainda:

5.1.1 Para o Segurado:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice de Seguro ou da presente cobertura;
- b) Com o falecimento do Segurado;

6. CARÊNCIA

6.1 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

7. FRANQUIA

7.1 A franquia é de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de realizar toda e qualquer atividade laborativa.

8. DATA DO EVENTO

8.1 Considera-se data do evento, a data da perda de renda, sendo esta a data do primeiro dia do afastamento, conforme documentação comprobatória.

9. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

9.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

10. RATIFICAÇÃO

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

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cláusula, desde que contratada, tem o objetivo de auxiliar nas despesas iniciais decorrentes do nascimento do(s) filho(s) prematuro (s) do Segurado.
- 1.2 Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, a título de auxílio natalidade, em caso de filho(s) prematuros nascidos vivos **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observado o limite contrato para esta cobertura e os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.3 **Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor estabelecido em contrato multiplicado pelo número de filhos nascidos vivos no mesmo parto.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 **Nascimento Prematuro:** quando ocorre o nascimento com menos de 37 (trinta e sete) semanas completas de gestação.
- 2.2 **Nascidos Vivos:** quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.
- 2.3 **Natimorto:** É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 **Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos:**

Os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Nascimento fora da vigência do seguro;
- b) Natimorto;

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2 Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do nascimento do(s) filho(s) prematuro(s) do Segurado.
- 4.3 Em caso de nascimento de filhos vivos prematuros, esta cobertura e a cobertura de Auxílio Natalidade, caso contratadas em conjunto, se acumulam.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 5.1 **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.**

6. RATIFICAÇÃO

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

1. OBJETIVO

- 1.1. As presentes Condições Especiais têm como objetivo garantir ao Segurado, dentro dos limites de cobertura, o pagamento de indenização proporcional ao período da sua internação hospitalar, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, limitado ao número máximo de diárias estabelecido na apólice, no certificado individual e/ou no contrato de seguro, observadas as disposições contratuais.**
- 1.2. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços hospitalares para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

2. COBERTURA

- 2.1. A internação hospitalar deverá ser por um período mínimo de 12 (doze) horas, a qual deverá ser comprovada através de documentação do hospital, conforme definido no subitem 19.1.5. das Condições Gerais.**
- 2.2. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços hospitalares, desde que legalmente habilitados.
- 2.3. A internação hospitalar no exterior será paga com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento, realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido.
- 2.4. O beneficiário será o próprio segurado.

3. FRANQUIA

- 3.1. Para a cobertura de Diárias de Internação Hospitalar, o segurado deverá permanecer internado por um período mínimo de 12 (doze) horas, em hospital, em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório.
- 3.2. Para os eventos decorrentes de doença, o período de carência para esta cobertura é de, até, 90 (noventa) dias e será contado a partir do início de vigência do seguro, estando indicado na apólice e/ou certificado individual e/ou contrato de seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data da internação.
- 4.2. O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará do Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.
- 4.3. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão estabelecidos na apólice e/ou contrato de seguro e/ou certificado individual, respeitando as seguintes regras:
 - a) Valor máximo por diária estabelecido e definido na apólice, e/ou no contrato de seguro e/ou no certificado individual;
 - b) Limite máximo de até 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
 - c) Limite de até 2 (dois) eventos cobertos por vigência.
- 4.4. O valor a ser indenizado aos segurados será igual ao valor da diária, vezes o número de dias de internação, respeitando o período de franquia.
- 4.5. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação, após o período de franquia indicado na Cláusula 3 –

FRANQUIA desta condição especial, até a data da alta médica, respeitadas as condições contratuais.

- 4.6. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.
- 4.7. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.
- 4.8. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, de acordo com as demais disposições das condições contratuais, sem cobrança de prêmio adicional.
- 4.9. Serão considerados como mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.
- 4.10. As internações que tenham por origem o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.
- 4.11. Dessa forma serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo estabelecido na Cláusula 4 – CAPITAL SEGURADO desta condição especial.

5. ACEITAÇÃO, RENOVAÇÃO E VIGÊNCIA DA COBERTURA

- 5.1. Poderão ser incluídas nesta cobertura as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos.
- 5.2. A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, podendo ser renovada por iguais períodos, respeitado o limite máximo de idade para contratação.
- 5.3. A primeira renovação é automática, sendo facultado ao segurado ou à seguradora optar pela não renovação desta cobertura, desde que manifeste tal intenção com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término de vigência. Para as demais renovações, é necessária a anuência do segurado.
- 5.3.1. Para cálculo do novo prêmio da cobertura renovada, será considerada a idade do segurado no primeiro dia de vigência da cobertura renovada.
- 5.3.2. No momento da renovação, para fins de reavaliação e aceitação da renovação do risco a seguradora poderá solicitar uma nova Declaração Pessoal de Saúde e exames médicos ao segurado.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

- 6.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
 - b) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto, e salvo aquelas reparadoras de lesões decorrentes do tratamento cirúrgico de neoplasias;
 - c) Gravidez tópica ou ectópica, exceto parto ou aborto quando forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal;
 - d) Procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;
 - e) Cirurgia para correção de fimose;
 - f) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
 - g) Tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
 - h) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
 - i) Cirurgias plásticas (estéticas ou não);
 - j) Tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
 - k) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
 - l) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de

diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;

- m) Doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.
- n) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 17 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo a antecipação de um percentual da indenização relativa à garantia de Morte para o reembolso das despesas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente, nos termos das condições especiais.

2. COBERTURA

- 2.1. É a garantia da antecipação de um percentual da indenização relativa à garantia de Morte para o reembolso das despesas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.
- 2.1.1. A seguradora deduzirá do capital segurado da garantia de morte natural ou acidental, o valor antecipado para esta cobertura.
- 2.2. Estão cobertas as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares incorridas a critério médico que o Segurado efetuar para seu restabelecimento.
- 2.3. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- 2.4. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.
- 2.5. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento, realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela Seguradora, pela variação do índice de preço determinado nas Condições **Contratuais**, quando da liquidação do sinistro.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.
- 3.2. O capital segurado desta garantia está limitado ao percentual do capital segurado da garantia de Morte conforme estabelecido na apólice, no certificado individual e/ou no contrato de seguro e demais disposições contratuais.
- 3.3. Com o pagamento da indenização desta cobertura, o capital segurado da cobertura de Morte será reduzido, com base no valor antecipado.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos:
- 4.1.1. Os acidentes ocorridos em consequência:
- a) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;
 - b) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 5.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 6.1. Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas, conforme estabelecido nas Condições Gerais do Seguro, durante o período de recebimento de indenização da cobertura objeto destas Condições Especiais, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.
- 6.2. Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Gerais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cláusula, desde que contratada, em caso de risco coberto, garante ao Segurado o pagamento de 100% (cem por cento), **de forma antecipada, do capital segurado básico da cobertura de Morte**, quando da caracterização de estado de Invalidez Definitiva por Consequência de Doença Profissional adquirida no ambiente profissional, mediante declaração médica, assinada pelo médico, ou junta médica, responsável pelo laudo, caracterizando a incapacidade decorrente de Doença Profissional, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.2. **O pagamento da Indenização relativa a esta Cláusula exclui, imediata e automaticamente, o segurado da apólice.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Doença Profissional:** Doença caracterizada como definitiva que tenha afetado o segurado exposto ao respectivo risco pela natureza da atividade ou condições ambientais profissionais.
- 2.2. **Invalidez Definitiva por Consequência de Doença Profissional:** será caracterizada por Doença Profissional que impeça o segurado de desempenhar definitivamente suas funções e pela qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e desde que sua invalidez em virtude de doença laborativa seja caracterizada posterior a data de sua inclusão no seguro.
- 2.3. **Não podem figurar como segurados, para esta Cláusula, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cláusula os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:**
 - a) **Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
 - b) **Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - c) **Doenças e acidentes preexistentes não considerados profissionais, assim entendidos: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;**
 - d) **Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante/Subestipulante;**

- e) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;
- f) Casos de invalidez permanente total gerada por doenças adquiridas fora do período de atividade profissional;
- g) Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquicas causada por acidente pessoal;
- h) Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas sendo como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da invalidez não se enquadre integralmente na caracterização de Doença Profissional.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2. Para fins desta Cláusula considera-se como data do evento a data do laudo médico indicando o início da Invalidez.
- 4.3. Sendo reconhecida a invalidez pela Seguradora, esta pagará o valor da indenização de uma só vez ao próprio Segurado.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 5.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cláusula, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização, a título de apoio financeiro ao empregado e/ou ao empregador, na ocorrência do afastamento laborativo do empregado por acidente ou doença, caso esse afastamento tenha dado origem ao benefício de auxílio-doença acidentário concedido por órgãos responsáveis e que tenha sido em consequência de acidente típico, do trajeto ou doença ocupacional, mediante registro no CAT (comunicação de acidente de trabalho), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os termos destas Condições Especiais, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.2 As indenizações previstas nesta Cláusula serão devidas após decorrido o período de Franquia, limitado ao Capital Segurado Contratado e a distribuição deste Capital entre o empregado e empregador, quando aplicável.
- 1.3 **Caso ocorra o afastamento acidentário laborativo por agravamento do evento coberto já indenizado, não haverá cobertura.**

2. DEFINIÇÃO

- 2.1 **Acidente Laborativo:** é o acidente ocorrido no exercício da atividade profissional a serviço do Empregador e que provoque lesão corporal ou perturbação funcional que cause a perda ou redução (permanente ou temporária) da capacidade para o trabalho.
- 2.2 **Acidente Típico:** acidente que ocorre a serviço da Empresa.
- 2.3 **Acidente do Trajeto:** acidente que ocorre no percurso residência ou refeição para o local de trabalho e vice-versa.
- 2.4 **Doença Ocupacional:** enfermidade física ou psicológica causada ou desencadeada pelo exercício de uma atividade laboral.
- 2.5 **Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT):** é um documento emitido para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou de trajeto bem como uma doença ocupacional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 **Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos:**

Os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizante;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados do início de vigência do seguro;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;

- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) Acidente Vascular Cerebral;
- k) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo
- l) eventos em que o período do afastamento acidentário laborativo do Segurado seja inferior a Franquia estabelecida no Contrato/Apólice e que não resultem em benefício de auxílio-doença acidentário da Previdência Social;
- m) os eventos ocorridos anteriores a vigência do seguro, bem como os ocorridos durante a sua vigência, que tenham provocado a necessidade de comunicação da reabertura do CAT ao INSS.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e deverá constar na respectiva Apólice de Seguro e, quando aplicável, deverá constar também a distribuição do capital entre o empregado e empregador.
- 4.2 Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de acidente típico, de trajeto coberto ou doença ocupacional.
- 4.3 O Capital Segurado relativo a esta garantia será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.
- 4.4 **Não haverá reintegração de capital para casos de CAT reabertura, ou seja, quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento da lesão, acidente comunicado anteriormente ao INSS**

5. FRANQUIA

- 5.1 O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 30 (trinta) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica.
- 5.2 As Indenizações previstas nesta Cláusula serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1 **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 19 - Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.**

7. RATIFICAÇÃO

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