ZURICH

Condições Gerais

Zurich Seguro de Pessoas Individual



Versão Maio/2026

Índice

CONDIÇÕES GERAIS 4
1. INFORMAÇÕES PRÉVIAS 4
2. OBJETIVO 4
3. DEFINIÇÕES 4
4. COBERTURAS 8
5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA 9
6. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO 9
7. CONTRATAÇÃO 10
8. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS 11
9. CANCELAMENTO 12
10. CAPITAL SEGURADO 13
11. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO 13
12. REENQUADRAMENTO ETÁRIO 13
13. BENEFICIÁRIO 19
14. OCORRÊNCIA DO SINISTRO 20
15. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO 20
16. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA 22
17. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO 22
18. ALTERAÇÃO DO SEGURO 24
19. CANAL DE DISTRIBUIÇÃO 24
20. COMUNICAÇÕES 25
21. PRESCRIÇÃO 25
22. FORO 25
23. DISPOSIÇÕES FINAIS 25
24. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO 26
25. CLÁUSULA DE EMBARGOS E SANÇÕES 26
26. LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS 26
CONDIÇÕES ESPECIAIS 28
COBERTURA DE MORTE (M) 28
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA) 31
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE CRIME (MAC) 34
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM TRANSPORTE COLETIVO (MATC) 37
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (MAAT) 40
COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL (DT) 43
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – OPÇAO 1 (DG1) 46
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – OPÇAO 2 (DG2) 54
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – OPÇÃO 3 (DG3) 64
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – CÂNCER (DG-CÂNCER) 78
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – CÂNCER FEMININO (DG-CÂNCER FEMININO) 82
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA) 86
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA) 93
COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA - FUNCIONAL (IPD-F) 97
COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI) 106
COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (ITTAD) 109
COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (ITTA) 114
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DITAD) 119
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA) 125
COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIHAD) 131
COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIHAD-UTI) 136
COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA) 141

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO) 150
COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS (DCF) 159
COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL (AUXF) 161
COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE (AUXFA) 165
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (AF) 168
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR (AFF) 173
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR AMPLIADA – PAIS E SOGROS (AFF-PS) 178
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR ACIDENTE (AFA) 183
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR POR ACIDENTE (AFFA) 187
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR POR ACIDENTE AMPLIADA – PAIS E SOGROS (AFFA-PS) 191
COBERTURA DE CESTA BÁSICA POR MORTE (CBM) 200
COBERTURA DE CESTA BÁSICA POR MORTE ACIDENTAL (CBMA) 204
COBERTURA DE CESTA BÁSICA POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (CBI) 207
COBERTURA DE AUXÍLIO BABÁ/ENFERMEIRA E/OU EMPREGADA (AUX-B/E/E) 211
COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL PARA CIRURGIA (IEC) 214
ANEXO I - CATEGORIAS DE CIRURGIAS COBERTAS – IEC 219
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC) 254
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF) 256

CONDIÇÕES GERAIS

1. INFORMAÇÕES PRÉVIAS

1.1. A Zurich Minas Brasil Seguros S.A., doravante denominada Seguradora, garante o Seguro de Pessoas, conforme descrito nestas Condições Gerais e Condições Especiais.

1.2. O Segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do seguro, ou do efetivo pagamento da primeira parcela de pagamento do prêmio, o que ocorrer por último, e poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela Zurich Minas Brasil S.A. A Seguradora, ou o Representante de Seguros, fornecerão ao Segurado a confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo obstada, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.

1.3. Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento no prazo de 7 (sete) dias, os valores eventualmente pagos serão devolvidos, de imediato, pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, ou de outras formas disponibilizados pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

2. OBJETIVO

2.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de Eventos Cobertos pela(s) Cobertura(s) contratada(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais Disposições Contratuais**.

3. DEFINIÇÕES

3.1. **Acidente Pessoal:** o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal, observando-se que:

3.1.1. **Incluem-se ainda no conceito de Acidente Pessoal:**

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

b) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

d) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

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

3.1.2. **Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:**

a) **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas,**

ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

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

c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – 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 as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 3.1.

3.2. **Apólice:** documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos

3.3. **Aviso Prévio:** para fins deste seguro, é a comunicação da data de rescisão do contrato de trabalho feita pelo empregador ao segurado.

3.4. **Beneficiário(s):** pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

3.5. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

3.6. **Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

3.7. **Cobertura de risco: coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.**

3.8. **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais

3.9. **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

3.10. **Condições Gerais:** é o documento que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como define as características gerais do seguro.

3.11. **Disposições Contratuais:** é o conjunto de condições que regem a contratação do seguro, e inclui a Apólice de Seguro, as Condições Gerais e as Condições Especiais.

3.12. **Doenças Preexistentes:** doença de conhecimento do Segurado e não declarada na proposta de contratação.

3.13. **Dolo:** é um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

3.14. **Especificação da Apólice:** documento que faz parte integrante da Apólice de Seguro, no qual estão particularizadas as características do seguro, entre elas, a vigência, as Coberturas contratadas, os Capitais Segurado e os Prêmios.

3.15. **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro e incerto, previsto e não excluído na(s) Cobertura(s) contratadas, ocorrido durante sua vigência, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou do(s) Beneficiário(s).

3.16. **Franquia:** é o período em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as suas consequências.

3.17. **Hospital:** é o estabelecimento hospitalar legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes.

3.17.1. Não se entende como estabelecimento hospitalar: clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente reconhecidos pela seguradora.

3.18. **Hospitalização:** é a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência.

3.19. **Incapacidade física total e temporária:** é incapacidade caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

3.20. **Indenização:** é o valor devido pela Seguradora ao beneficiário quando da ocorrência de um Evento Coberto. A indenização está limitada ao capital segurado contratado para cada uma das Coberturas.

3.21. **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

3.22. **Internação hospitalar:** para fins deste seguro, é a internação em hospital por período superior a 12 (doze) horas, desde que comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária por meio de notas fiscais, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico, declaração do hospital onde ocorreu a internação ou qualquer instrumento legal de cobrança.

3.23. **Internação hospitalar emergencial ou não eletiva:** para fins deste seguro, é a internação hospitalar que decorre de ocorrências que exijam o atendimento médico imediato, clínico ou cirúrgico, sob pena de colocar em risco a sobrevivência do indivíduo ou de gerar incapacidade permanente. As demais internações hospitalares são consideradas não emergenciais ou eletivas.

3.24. **Médico:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. O médico assistente, para efeito de comprovação da cobertura do sinistro não poderá ser o próprio segurado, cônjuge, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o segurado.

3.25. **Nota técnica atuarial:** documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.

3.26. **Passageiro:** é o Segurado que esteja a bordo de aeronave, desde que não seja na condição de tripulante, exclusivamente em voos de linhas regulares comerciais devidamente concedidas e aprovadas pelo Departamento de Aviação Civil – DAC ou

Autoridade Internacional competente.

3.27. **Perda Involuntária de Emprego:** é a rescisão do contrato de trabalho do Segurado regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, de forma unilateral pelo empregador, que não tenha sido motivada pelo segurado, que não decorra de justa causa e que tenha por consequência a cessação do pagamento do seu salário pelo seu empregador ou por qualquer outro motivo que não os mencionados nos Riscos Excluídos do seguro.

3.28. **Prazo de carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

3.29. **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

3.30. **Prestador de Serviços:** Para fins deste instrumento, são atividades exercidas por profissionais não registrados, que mantenham vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade.

3.31. **Proponente:** o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

3.32. **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.

3.33. **Profissionais Autônomos e liberais NÃO regulamentados:** é todo aquele que exerce sua atividade profissional remunerada sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos, e que não tenham como comprovar vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade.

3.34. **Profissionais Autônomos e liberais regulamentados:** é todo aquele que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos, que mantenham vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade, e que sejam contribuintes regulares à previdência social. A prestação de serviços é de forma eventual e não habitual.

3.35. **Representante de Seguros:** considera-se representante de seguros, a pessoa jurídica que assumir a obrigação de promover, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a realização de contratos de seguro à conta e em nome da sociedade seguradora. O Representante de Seguros não é um Corretor de Seguros.

3.36. **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Condições Especiais das Cobertura(s) contratada(s), que não estão cobertos pelo presente seguro.

3.37. **Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

3.38. **Segurado Dependente:** é o Cônjuge e/ou Filho(s) do Segurado.

3.39. **Seguradora:** é a Zurich Minas Brasil Seguros S.A., sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) Cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

3.40. **Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de

seguro.

3.41. **UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva):** unidade complexa de um hospital dotada de sistema de monitorização contínua, que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos, e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.

3.42. **Vínculo Empregatício em Tempo Integral:** Para fins deste seguro, é o contrato de trabalho regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho – que tenha jornada mínima semanal de 30 horas.

4. COBERTURAS

4.1. As Coberturas a seguir são passíveis de contratação para este seguro, respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela Seguradora. Os respectivos riscos excluídos, objetivos, normas e demais características, estão dispostos nas Condições Especiais de cada Cobertura.

4.1.1. Coberturas:

- Morte (M)
- Morte Acidental (MA)
- Morte Acidental Decorrente de Crime (MAC)
- Morte Acidental Decorrente de Transporte Coletivo (MATC)
- Morte Acidental Decorrente de Acidente de Trânsito (MAAT)
- Invalidez Permanente por Acidente (IPA)
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F)
- Doença Terminal (DT)
- Doenças Graves – Opção 1 (DG1)
- Doenças Graves – Opção 2 (DG2)
- Doenças Graves – Opção 3 (DG3)
- Doenças Graves – Câncer (DG-Câncer)
- Doenças Graves – Câncer Feminino (DG-Câncer Feminino)
- Desemprego Involuntário (DI)
- Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença (ITTAD)
- Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente (ITTA)
- Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD)
- Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)
- Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIHAD)
- Diária por Internação Hospitalar em UTI por Acidente ou Doença (DIHAD-UTI)
- Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)

- Diária de Internação Hospitalar em UTI por Acidente (DIHA-UTI)
- Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO)
- Fraturas e Queimaduras (FQ)
- Doença Congênita de Filhos (DCF)
- Auxílio Funeral (AUXF)
- Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA)
- Assistência Funeral (AF)
- Assistência Funeral Familiar (AFF)
- Assistência Funeral Familiar Ampliada – Pais e Sogros (AFF-PS)
- Assistência Funeral por Acidente (AFA)
- Assistência Funeral Familiar por Acidente (AFFA)
- Assistência Funeral Familiar por Acidente Ampliada – Pais e Sogros (AFFA-PS)
- Assistência Funeral Segurados Indicados (AFSI)
- Cesta Básica por Morte (CBM)
- Cesta Básica por Morte Acidental (CBMA)
- Cesta Básica por Invalidez Permanente Total por Acidente (CBI)
- Auxílio Babá/Enfermeira e/ou Empregada (AUX-B/E/E)
- Indenização Especial para Cirurgia (IEC)

4.2. As Coberturas contratadas estarão expressas na especificação da Apólice de Seguro.

4.3. Este seguro prevê ainda a possibilidade de contratação das seguintes Cláusulas Suplementares:

a) Inclusão de Cônjuges (IC)

b) Inclusão de Filhos (IF)

4.4. Para os menores de catorze anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado principal ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob a forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionados ao sinistro coberto.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1. Este seguro abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

6.1. A vigência do seguro será aquela estipulada na Proposta de Contratação e especificada na Apólice, observando que a aceitação do seguro está sujeita à análise do risco pela Zurich.

6.1.1. Caso haja pagamento de valor no ato da apresentação da proposta, esse valor garante apenas uma cobertura provisória. Se a proposta for recusada após análise, o valor pago será restituído ao Proponente, deduzindo-se apenas a

fração correspondente ao período durante o qual o risco esteve garantido provisoriamente, sem qualquer obrigação futura entre as partes. Se a proposta for aprovada, o valor será convertido em prêmio, dando início à cobertura definitiva conforme as condições da apólice.

6.1.2. Nos casos em que o pagamento do prêmio ocorrer somente após a aceitação da proposta, a vigência do seguro terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data de aprovação expressa da Zurich.

6.1.3. O pagamento do valor no ato da proposta não implica aceitação automática do seguro. A cobertura definitiva depende da análise do risco e da aprovação formal pela Zurich.

6.2. O seguro poderá ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo período de vigência originalmente contratado, salvo manifestação contrária do Segurado ou da Seguradora. Essa manifestação deverá ser realizada por escrito e enviada com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término da apólice, prazo superior ao mínimo exigido pela legislação vigente de 30 (trinta) dias.

6.3. Após a renovação automática no item 6.2, eventual nova renovação do seguro dependerá de manifestação do Segurado, seu representante e/ou o Corretor de Seguros, a qual será considerada realizada mediante o pagamento do prêmio correspondente ao novo período de vigência, desde que observado o prazo e as condições estabelecidas pela Seguradora.

6.3.1. Em caso de renovação, não será iniciado novo prazo de carência e não haverá necessidade de preenchimento de Declaração Pessoal de Saúde, salvo nos casos de interrupção na cobertura ou situações específicas previstas nestas condições gerais.

6.4. Caso a Seguradora opte por não renovar a apólice, comunicará o Segurado formalmente com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias ao término da vigência, conforme legislação vigente.

6.5. Ao final do prazo de vigência do seguro, caso não haja renovação, a cobertura será encerrada automaticamente, observando-se os riscos cobertos até o término e os prêmios pagos relativos ao período vigente. Não haverá restituição de valores já pagos referentes ao período de cobertura.

7. CONTRATAÇÃO

7.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. Caso haja valor pago no ato da proposta, ele garante apenas cobertura provisória e será devolvido integralmente se houver recusa, ou convertido em prêmio caso haja aceite. Se o pagamento ocorrer após a aceitação, a cobertura começa somente após a aprovação da Zurich.

7.2. No caso das propostas de que trata o item acima, o proponente, seu representante ou corretor de seguros deve assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais.

7.3. As Condições Gerais e Especiais do Seguro estarão à disposição dos Segurados.

7.4. A Seguradora terá o prazo de até 25 (vinte e cinco) dias, contados a partir do recebimento da proposta de contratação e de toda a documentação necessária, para analisar e se manifestar sobre a aceitação ou recusa do risco proposto.

7.5. Caso sejam solicitados documentos ou informações complementares para análise de risco, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido a partir da data da solicitação e reiniciado do zero a partir da data da entrega dos novos documentos. Não há

limitação legal quanto ao número de vezes que documentos complementares podem ser solicitados na análise de risco. A aceitação da proposta será confirmada mediante a emissão da apólice.

7.6. A não aceitação da Proposta de Contratação será comunicada por escrito ao Segurado e implicará na devolução integral, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado, atualizado da data do pagamento até a data da efetiva restituição, a atualização monetária e a taxa de juros aplicáveis serão aquelas determinadas em Lei.

7.7. Decorrido o prazo estipulado no item 7.4 sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.

8. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

8.1. O Segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio do seguro até a data de vencimento prevista no documento de cobrança, sob pena de prejudicar o seu direito à cobertura.

8.2. O prêmio do seguro poderá ser pago em parcela única (à vista), mensalmente, bimestralmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente durante o período de vigência do seguro, sendo a forma e a periodicidade de cobrança estabelecidas no ato da contratação.

8.3. Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o Segurado poderá efetuar o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas Coberturas.

8.4. Se um eventual sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio de qualquer uma de suas parcelas, exceto a parcela única e a primeira parcela, sem que o pagamento tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

8.5. **Em caso de atraso no pagamento da primeira parcela do prêmio ou da parcela única, o segurado será previamente notificado para regularizar o débito após 15 (quinze) dias do vencimento. Persistindo a inadimplência após o prazo de notificação e constituição em mora, o seguro será cancelado, sem cobertura para eventos ocorridos após a data do cancelamento, conforme legislação vigente.**

8.6. **Em caso de atraso no pagamento da segunda parcela do Prêmio, e/ou de parcelas posteriores, incidirão sobre a parcela os seguintes encargos: 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 e a taxa de juros aplicáveis determinadas em Lei ambos contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.**

8.7. Em caso de não pagamento da segunda parcela do prêmio, ou de quaisquer parcelas subsequentes, dentro do prazo estipulado, o segurado será notificado para purgação da mora, com prazo mínimo de 15 (quinze) dias. Após esse período, persistindo a inadimplência, a cobertura do seguro será suspensa pelo prazo mínimo de 30 (trinta) dias. Persistindo o débito, haverá reforço da comunicação após 45 (quarenta e cinco) dias do vencimento da parcela mais antiga em atraso. Se o débito não for regularizado até 60 (sessenta) dias após o vencimento da parcela mais antiga em atraso, a apólice será cancelada automaticamente por falta de pagamento, sem cobertura para eventos ocorridos após a data do cancelamento.

8.7.1. **Findo o prazo de 60 (sessenta) dias sem que seja retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do seguro, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s)**

paga(s), e sem prejuízo à cobrança dos Prêmios relativos ao período de cobertura decorrido.

8.8. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos ao segurado, corrigidos monetariamente a partir da data do recebimento até a data da efetiva devolução, com base nos índices e taxas de juros aplicáveis previstos em Lei.

8.9. De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência inicial do seguro, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.

8.10. Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.

8.11. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar, não podendo haver estipulação expressa.

9. CANCELAMENTO

9.1. O Seguro será cancelado automaticamente e sem restituição dos prêmios pagos, exceto o previsto no item "e" a seguir, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

a) No final do prazo de sua vigência;

b) Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seu beneficiário agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

c) Com o cancelamento do seguro por quaisquer das situações previstas no item "8. Pagamento dos Prêmios" destas Condições Gerais;

d) Com o falecimento do Segurado;

e) f) Com o pagamento da indenização por doença terminal, invalidez permanente total por acidente ou invalidez permanente total por doença, e a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;

f) Com o pagamento da indenização pelo diagnóstico de uma doença grave, no caso de a cobertura ter sido contratada como uma antecipação do capital segurado da Cobertura de Morte (M);

g) Com o pagamento da indenização pela Cobertura de Auxílio Babá/Enfermeira e/ou Empregada (AUX-B/E/E);

h) Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item "17. Perda do Direito a Indenização" destas Condições Gerais.

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

9.3. A Apólice de Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

10. CAPITAL SEGURADO

10.1. Os valores dos capitais segurados serão sempre expressos em Reais, e representam o máximo a ser indenizado no caso de sinistro por Cobertura ou conjunto de Coberturas.

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

11. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

11.1. O capital segurado, bem como o Prêmio deste Seguro, serão atualizados anualmente, no aniversário da apólice pela aplicação da atualização monetária e a taxa de juros aplicáveis determinadas em Lei . Será considerada a variação do índice nos 12 (doze) meses que antecedem aos 3 (três) últimos meses de vigência da apólice.

12. REENQUADRAMENTO ETÁRIO

12.1. O valor do prêmio a ser cobrado pelas Coberturas constantes do quadro do item 12.3. a seguir será alterado no aniversário da apólice de seguro.

12.2. O prêmio será alterado sem prejuízo da atualização monetária anual.

12.3. O reajuste será aplicado aos prêmios das Coberturas contratadas de acordo com a idade na data de renovação da apólice e percentuais das tabelas a seguir.

Idade atingida pelo Segurado	Morte		Morte Acidental		AFF	AFF-PS	AFFA	AFFA-PS
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.				
14	-	-	-	-	-	-	-	-
15	2,2%	7,6%	20,6%	13,4%	1,3%	0,2%	12,7%	10,1%
16	2,7%	7,0%	16,0%	10,1%	1,7%	0,2%	10,5%	8,6%
17	2,7%	6,6%	11,1%	6,5%	1,7%	0,2%	7,7%	6,4%
18	2,9%	6,8%	6,4%	2,5%	1,8%	0,2%	4,6%	3,8%
19	3,4%	6,4%	2,9%	-1,0%	2,2%	0,3%	2,1%	1,8%
20	3,5%	6,5%	0,3%	-3,0%	2,3%	0,3%	0,2%	0,2%
21	3,9%	6,1%	-1,7%	-3,6%	2,6%	0,3%	-1,3%	-1,1%
22	4,0%	6,3%	-3,2%	-4,3%	2,7%	0,4%	-2,3%	-2,0%
23	4,4%	6,3%	-4,1%	-2,8%	2,9%	0,4%	-3,0%	-2,5%
24	4,7%	6,0%	-4,8%	-1,7%	3,2%	0,5%	-3,4%	-2,9%
25	4,4%	5,6%	-5,2%	-0,6%	3,1%	0,5%	-3,7%	-3,1%
26	4,5%	5,7%	-5,0%	0,0%	3,1%	0,5%	-3,4%	-2,8%
27	4,1%	5,0%	-4,2%	0,6%	2,9%	0,5%	-2,9%	-2,4%
28	4,1%	4,8%	-2,9%	1,2%	3,0%	0,5%	-2,0%	-1,6%
29	3,8%	4,2%	-1,9%	1,1%	2,7%	0,4%	-1,3%	-1,1%
30	3,8%	4,4%	-0,9%	1,1%	2,8%	0,5%	-0,6%	-0,5%
31	3,5%	4,2%	-0,4%	1,1%	2,6%	0,4%	-0,3%	-0,2%
32	3,7%	4,3%	-0,2%	1,1%	2,8%	0,5%	-0,1%	-0,1%
33	3,4%	4,1%	-0,7%	1,1%	2,6%	0,5%	-0,4%	-0,4%
34	3,9%	4,2%	-0,7%	0,5%	3,0%	0,5%	-0,4%	-0,4%
35	4,7%	4,6%	-0,9%	0,0%	3,6%	0,7%	-0,6%	-0,5%
36	5,6%	5,4%	-1,1%	0,5%	4,4%	0,8%	-0,7%	-0,6%
37	6,6%	5,8%	-1,4%	0,0%	5,2%	1,0%	-0,9%	-0,7%
38	8,0%	6,6%	-1,4%	-0,5%	6,3%	1,3%	-0,9%	-0,7%
39	9,2%	7,0%	-1,7%	0,0%	7,4%	1,6%	-1,1%	-0,9%
40	10,2%	7,3%	-1,7%	0,0%	8,4%	1,9%	-1,1%	-0,9%
41	11,3%	8,0%	-1,7%	0,0%	9,4%	2,3%	-1,1%	-0,9%
42	12,2%	8,3%	-1,8%	0,0%	10,3%	2,7%	-1,1%	-0,9%
43	12,7%	8,5%	-2,0%	1,1%	11,0%	3,1%	-1,3%	-1,0%
44	12,9%	9,0%	-1,6%	1,1%	11,3%	3,4%	-1,0%	-0,8%
45	12,7%	9,3%	-1,6%	1,1%	11,3%	3,7%	-1,0%	-0,8%
46	12,3%	9,7%	-1,3%	0,5%	11,0%	3,9%	-0,8%	-0,7%
47	11,8%	10,2%	-0,8%	0,5%	10,7%	4,0%	-0,5%	-0,4%
48	11,1%	10,5%	-0,3%	-0,5%	10,2%	4,0%	-0,2%	-0,1%
49	10,5%	10,5%	0,0%	-0,5%	9,7%	4,1%	0,0%	0,0%
50	9,8%	10,5%	0,6%	-1,0%	9,2%	4,1%	0,3%	0,3%
51	9,2%	10,1%	0,5%	-1,1%	8,6%	4,0%	0,3%	0,3%
52	8,6%	9,9%	0,8%	-0,5%	8,1%	3,9%	0,5%	0,4%
53	8,0%	9,6%	0,5%	0,0%	7,6%	3,8%	0,3%	0,3%
54	7,6%	9,2%	0,5%	0,0%	7,2%	3,8%	0,3%	0,3%
55	7,2%	9,1%	0,8%	0,5%	6,9%	3,7%	0,5%	0,4%
56	6,9%	9,0%	0,8%	1,6%	6,6%	3,7%	0,5%	0,4%
57	6,7%	8,9%	0,8%	1,6%	6,4%	3,7%	0,5%	0,4%
58	6,6%	9,0%	1,0%	2,1%	6,4%	3,7%	0,6%	0,5%
59	6,7%	9,1%	1,3%	2,5%	6,5%	3,9%	0,8%	0,6%
60	7,1%	9,5%	1,3%	3,0%	6,9%	4,3%	0,8%	0,6%
61	7,7%	9,9%	1,5%	2,9%	7,5%	4,8%	1,0%	0,8%
62	8,4%	10,3%	1,5%	3,3%	8,2%	5,3%	0,9%	0,8%
63	9,1%	10,6%	1,5%	3,2%	8,9%	5,9%	0,9%	0,8%
64	9,7%	10,7%	1,9%	3,5%	9,5%	6,5%	1,2%	1,0%

Idade atingida pelo Segurado	Morte		Morte Acidental		AFF	AFF-PS	AFFA	AFFA-PS
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.				
65	10,2%	10,6%	2,6%	3,8%	10,0%	7,0%	1,7%	1,4%
66	10,5%	10,3%	3,5%	5,3%	10,3%	7,4%	2,2%	1,8%
67	10,7%	9,9%	4,7%	6,2%	10,5%	7,8%	3,1%	2,5%
68	10,8%	9,5%	5,7%	7,3%	10,6%	8,1%	3,8%	3,1%
69	10,8%	9,5%	6,8%	8,5%	10,6%	8,3%	4,7%	3,8%
70	10,8%	9,8%	7,7%	9,4%	10,6%	8,5%	5,4%	4,5%
71	10,6%	10,3%	8,2%	10,0%	10,5%	8,6%	5,8%	4,9%
72	10,5%	11,0%	8,7%	10,9%	10,4%	8,6%	6,3%	5,4%
73	10,3%	11,6%	8,9%	11,3%	10,2%	8,6%	6,6%	5,6%
74	10,3%	12,1%	9,4%	11,4%	10,2%	8,7%	7,1%	6,1%
75	10,2%	12,4%	10,2%	11,6%	10,1%	8,8%	7,9%	6,9%
76	10,2%	12,6%	11,0%	11,4%	10,1%	8,9%	8,7%	7,6%
77	10,2%	12,6%	11,9%	11,1%	10,2%	9,0%	9,6%	8,5%
78	10,2%	12,6%	12,6%	10,8%	10,2%	9,1%	10,4%	9,3%
79	10,2%	12,6%	13,2%	10,8%	10,2%	9,2%	11,1%	10,0%
80	10,2%	12,6%	13,5%	10,9%	10,1%	9,2%	11,6%	10,6%
81	10,1%	12,6%	13,6%	11,1%	10,1%	9,3%	11,9%	10,9%
82	10,0%	12,6%	13,6%	11,4%	10,0%	9,2%	12,0%	11,2%
83	9,9%	12,5%	13,5%	11,6%	9,8%	9,2%	12,1%	11,3%
84	9,6%	12,4%	13,0%	11,6%	9,6%	9,0%	11,8%	11,1%
85	9,3%	12,3%	12,4%	11,4%	9,3%	8,8%	11,4%	10,8%
86	8,9%	12,2%	11,7%	11,2%	8,9%	8,5%	10,8%	10,3%
87	8,5%	12,0%	10,9%	10,8%	8,5%	8,1%	10,2%	9,7%
88	8,1%	11,8%	10,1%	10,4%	8,1%	7,7%	9,5%	9,2%
89	7,8%	11,4%	9,4%	9,9%	7,8%	7,5%	8,9%	8,6%
90	7,6%	10,8%	8,8%	9,4%	7,6%	7,3%	8,3%	8,1%
91	7,4%	10,2%	8,2%	9,0%	7,4%	7,1%	7,8%	7,6%
92	7,3%	9,6%	7,6%	8,5%	7,3%	7,0%	7,3%	7,1%
93	7,2%	8,9%	7,1%	8,1%	7,2%	7,0%	6,8%	6,6%
94	7,1%	8,3%	6,6%	7,7%	7,1%	6,9%	6,4%	6,2%
95	7,1%	7,7%	6,2%	7,2%	7,1%	6,9%	5,9%	5,8%
96	7,1%	7,1%	5,8%	6,8%	7,1%	6,9%	5,6%	5,4%
97	7,0%	6,5%	5,3%	6,5%	7,0%	6,9%	5,2%	5,1%
98	7,1%	6,3%	5,2%	6,1%	7,1%	7,0%	5,1%	5,0%
99	7,3%	6,3%	5,2%	5,8%	7,3%	7,1%	5,0%	4,9%
100	7,5%	6,6%	0,0%	0,0%	7,5%	7,4%	0,0%	0,0%
101	7,8%	7,0%	0,0%	0,0%	7,8%	7,7%	0,0%	0,0%
102	8,1%	7,5%	0,0%	0,0%	8,1%	8,0%	0,0%	0,0%
103	8,4%	8,1%	0,0%	0,0%	8,4%	8,3%	0,0%	0,0%
104	8,7%	8,7%	0,0%	0,0%	8,7%	8,5%	0,0%	0,0%
105	8,9%	9,3%	0,0%	0,0%	8,9%	8,8%	0,0%	0,0%
106	9,1%	9,8%	0,0%	0,0%	9,1%	9,0%	0,0%	0,0%
107	9,3%	10,3%	0,0%	0,0%	9,3%	9,2%	0,0%	0,0%
108	9,4%	10,7%	0,0%	0,0%	9,4%	9,3%	0,0%	0,0%
109	9,5%	11,0%	0,0%	0,0%	9,5%	9,4%	0,0%	0,0%
110	9,6%	11,2%	0,0%	0,0%	9,6%	9,5%	0,0%	0,0%
111	9,6%	11,3%	0,0%	0,0%	9,6%	9,5%	0,0%	0,0%
112	9,6%	11,4%	0,0%	0,0%	9,6%	9,5%	0,0%	0,0%
113	9,5%	11,4%	0,0%	0,0%	9,5%	9,5%	0,0%	0,0%
114	9,5%	11,3%	0,0%	0,0%	9,5%	9,4%	0,0%	0,0%
115	9,4%	11,2%	0,0%	0,0%	9,4%	9,3%	0,0%	0,0%

Idade atingida pelo Segurado	ITTAD (limite de 3 parcelas)	ITTAD (limite de 6 parcelas)	ITTAD (limite de 12 parcelas)	DITAD (limite de 90 diárias)	DITAD (limite de 180 diárias)	DITAD (limite de 365 diárias)	DG1	DG2	DG3
14	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
16	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
17	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%	2,8%	2,9%
18	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,7%	2,7%	2,8%
19	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	2,6%	2,7%
20	4,7%	4,7%	4,7%	4,7%	4,7%	4,7%	2,6%	2,6%	2,6%
21	4,5%	4,5%	4,4%	4,5%	4,5%	4,4%	2,5%	2,5%	2,6%
22	4,3%	4,3%	4,3%	4,3%	4,3%	4,3%	2,2%	2,2%	2,2%
23	1,2%	1,2%	1,3%	1,2%	1,2%	1,3%	2,2%	2,2%	2,2%
24	1,2%	1,2%	1,3%	1,2%	1,2%	1,3%	2,1%	2,1%	2,1%
25	1,1%	1,2%	1,2%	1,1%	1,2%	1,3%	2,1%	2,1%	2,1%
26	1,1%	1,2%	1,2%	1,1%	1,2%	1,2%	2,0%	2,0%	2,0%
27	1,1%	1,1%	1,2%	1,1%	1,1%	1,2%	2,0%	2,0%	2,0%
28	1,7%	1,8%	2,0%	1,7%	1,8%	2,0%	2,8%	2,9%	2,6%
29	1,7%	1,8%	1,9%	1,7%	1,8%	1,9%	2,7%	2,8%	2,6%
30	1,6%	1,7%	1,9%	1,6%	1,7%	1,9%	2,6%	2,8%	2,5%
31	1,6%	1,7%	1,8%	1,6%	1,7%	1,9%	7,7%	7,8%	7,1%
32	1,6%	1,7%	1,8%	1,6%	1,7%	1,8%	6,9%	7,0%	6,4%
33	1,8%	1,9%	2,0%	1,8%	1,9%	2,0%	11,2%	11,3%	10,6%
34	1,7%	1,8%	2,0%	1,7%	1,8%	2,0%	10,1%	10,2%	9,6%
35	1,7%	1,8%	2,0%	1,7%	1,8%	2,0%	9,1%	9,2%	8,7%
36	1,7%	1,8%	1,9%	1,7%	1,8%	1,9%	8,4%	8,5%	8,0%
37	1,6%	1,7%	1,9%	1,6%	1,7%	1,9%	7,8%	7,9%	7,5%
38	2,2%	2,4%	2,9%	2,2%	2,4%	2,9%	13,6%	13,8%	13,3%
39	2,1%	2,4%	2,8%	2,1%	2,4%	2,8%	12,0%	12,2%	11,7%
40	2,1%	2,3%	2,7%	2,1%	2,3%	2,7%	10,7%	10,9%	10,5%
41	2,1%	2,3%	2,7%	2,1%	2,3%	2,7%	7,6%	7,8%	7,5%
42	2,0%	2,2%	2,6%	2,0%	2,2%	2,6%	6,8%	6,9%	6,8%
43	2,6%	3,0%	3,7%	2,6%	3,0%	3,8%	11,9%	12,0%	11,8%
44	2,6%	2,9%	3,6%	2,6%	2,9%	3,6%	10,2%	10,4%	10,2%
45	2,5%	2,8%	3,5%	2,5%	2,8%	3,5%	8,8%	8,9%	8,8%
46	2,4%	2,8%	3,4%	2,4%	2,8%	3,4%	7,8%	7,9%	7,8%
47	2,4%	2,7%	3,2%	2,4%	2,7%	3,3%	6,9%	7,0%	7,0%
48	2,1%	2,6%	3,5%	2,1%	2,6%	3,6%	10,3%	10,3%	10,1%
49	2,0%	2,6%	3,4%	2,0%	2,6%	3,4%	8,8%	8,9%	8,7%
50	2,0%	2,5%	3,3%	2,0%	2,5%	3,3%	7,6%	7,7%	7,6%
51	2,0%	2,4%	3,2%	2,0%	2,4%	3,2%	9,2%	9,2%	9,1%
52	1,9%	2,4%	3,1%	1,9%	2,4%	3,1%	8,4%	8,4%	8,3%
53	1,5%	2,2%	3,3%	1,5%	2,2%	3,3%	9,4%	9,4%	9,2%
54	1,4%	2,1%	3,2%	1,4%	2,1%	3,2%	8,7%	8,6%	8,5%
55	1,4%	2,1%	3,1%	1,4%	2,1%	3,1%	8,0%	8,0%	7,9%
56	1,4%	2,0%	3,0%	1,4%	2,0%	3,0%	7,4%	7,4%	7,3%
57	1,4%	2,0%	2,9%	1,4%	2,0%	2,9%	7,0%	6,9%	6,9%
58	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,2%	9,1%	9,1%
59	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,5%	8,5%	8,4%
60	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,9%	7,8%	7,8%
61	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,4%	7,4%	7,3%
62	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,9%	6,8%	6,8%
63	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,0%	8,9%	8,9%
64	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,4%	8,3%	8,3%
65	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%	7,7%	7,6%
66	-	-	-	-	-	-	7,1%	7,0%	7,0%
67	-	-	-	-	-	-	6,8%	6,7%	6,7%
68	-	-	-	-	-	-	10,1%	10,0%	10,1%
69	-	-	-	-	-	-	9,1%	9,1%	9,1%
70	-	-	-	-	-	-	8,4%	8,4%	8,4%

Idade atingida pelo Segurado	DG-Câncer	DG-Câncer Feminino	DIHAD (limite de 90 diárias)	DIHAD (limite de 180 diárias)	DIHAD (limite de 365 diárias)	DIHAD UTI (limite de 90 diárias)	DIHAD UTI (limite de 180 diárias)	DIHAD UTI (limite de 365 diárias)	DIHA (limite de 90 diárias)
14	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
16	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
17	2,7%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
18	2,8%	2,7%	7,4%	8,0%	7,8%	1,4%	0,0%	0,0%	8,3%
19	2,6%	2,6%	6,9%	7,4%	7,5%	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%
20	2,5%	2,6%	6,4%	6,9%	6,7%	1,4%	2,9%	5,9%	7,1%
21	2,6%	2,6%	6,0%	6,5%	6,5%	1,4%	0,0%	0,0%	6,3%
22	2,2%	2,2%	5,7%	5,9%	5,9%	1,4%	0,0%	0,0%	6,3%
23	2,2%	2,2%	2,0%	2,8%	2,7%	0,0%	2,8%	0,0%	-1,4%
24	2,1%	2,1%	2,0%	2,6%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	-1,7%
25	2,2%	2,1%	1,9%	2,5%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	-1,4%
26	2,0%	2,0%	1,9%	2,4%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	-1,5%
27	2,0%	2,0%	1,9%	2,4%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	-1,5%
28	2,8%	2,8%	3,6%	4,9%	4,9%	0,0%	0,0%	0,0%	-1,2%
29	2,8%	2,7%	3,5%	4,6%	4,7%	-1,4%	-2,7%	0,0%	-0,9%
30	2,6%	2,7%	3,4%	4,4%	4,5%	0,0%	0,0%	0,0%	-0,9%
31	7,7%	7,7%	3,3%	4,2%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	-0,9%
32	6,9%	6,9%	3,2%	4,1%	4,1%	0,0%	0,0%	0,0%	-1,3%
33	11,2%	11,2%	3,1%	3,5%	3,5%	2,8%	2,8%	0,0%	1,3%
34	10,1%	10,1%	2,9%	3,4%	3,4%	2,7%	2,7%	5,6%	1,3%
35	9,1%	9,1%	2,9%	3,3%	3,2%	2,6%	2,6%	0,0%	0,9%
36	5,8%	1,0%	2,8%	3,1%	3,0%	2,6%	2,6%	5,3%	1,2%
37	0,0%	0,0%	2,7%	3,1%	3,1%	3,7%	2,5%	0,0%	0,9%
38	0,0%	0,0%	2,2%	1,7%	1,7%	6,0%	7,3%	10,0%	2,1%
39	0,0%	0,0%	2,2%	1,7%	1,7%	5,7%	6,8%	4,5%	1,8%
40	0,0%	0,0%	2,1%	1,7%	1,7%	5,4%	4,3%	4,3%	2,0%
41	5,6%	5,2%	2,1%	1,6%	1,7%	6,1%	6,1%	8,3%	1,7%
42	4,9%	4,5%	2,1%	1,6%	1,6%	4,8%	5,8%	3,8%	2,0%
43	9,1%	8,3%	6,8%	7,1%	7,1%	11,9%	10,9%	11,1%	3,3%
44	7,7%	6,8%	6,3%	6,6%	6,6%	11,5%	11,5%	13,3%	3,2%
45	6,3%	1,2%	6,0%	6,2%	6,2%	9,6%	10,3%	8,8%	3,1%
46	5,4%	4,7%	5,6%	5,9%	5,9%	9,4%	9,3%	8,1%	3,0%
47	4,6%	4,1%	5,3%	5,5%	5,5%	8,0%	7,3%	10,0%	2,9%
48	9,4%	5,0%	5,5%	5,2%	5,2%	9,1%	10,2%	9,1%	2,6%
49	7,7%	4,3%	5,2%	4,9%	5,0%	8,9%	8,2%	8,3%	2,8%
50	6,2%	-3,8%	4,9%	4,7%	4,7%	7,7%	7,6%	7,7%	2,5%
51	10,1%	7,7%	4,7%	4,5%	4,5%	7,1%	7,1%	7,1%	2,6%
52	9,0%	6,9%	4,5%	4,3%	4,3%	7,1%	6,6%	6,7%	2,3%
53	10,4%	6,3%	5,2%	4,5%	4,4%	12,8%	13,2%	12,5%	3,5%
54	9,5%	5,8%	4,9%	4,3%	4,2%	11,7%	11,6%	12,5%	3,6%
55	8,7%	-4,0%	4,7%	4,1%	4,1%	10,2%	10,4%	9,9%	3,3%
56	8,0%	5,3%	4,5%	3,9%	3,9%	9,5%	9,4%	9,0%	3,2%
57	7,6%	5,1%	4,3%	3,8%	3,8%	8,4%	8,6%	9,3%	3,3%
58	11,5%	6,6%	6,2%	6,2%	6,2%	10,6%	10,3%	10,4%	4,0%
59	10,5%	6,6%	5,9%	5,9%	5,8%	9,4%	9,7%	9,4%	3,9%
60	9,6%	-4,4%	5,6%	5,5%	5,5%	8,6%	8,5%	7,8%	3,7%
61	8,9%	6,0%	5,2%	5,3%	5,3%	8,1%	7,8%	8,0%	3,8%
62	8,1%	5,7%	5,0%	5,0%	5,0%	7,3%	7,3%	7,4%	3,5%
63	10,0%	3,4%	5,9%	5,5%	5,5%	9,0%	8,9%	8,7%	3,9%
64	9,2%	3,4%	5,5%	5,2%	5,2%	8,1%	8,2%	8,6%	3,8%
65	8,4%	-5,9%	5,2%	5,0%	4,9%	7,5%	7,6%	7,4%	3,7%
66	7,6%	3,1%	-	-	-	-	-	-	-
67	7,3%	3,0%	-	-	-	-	-	-	-
68	7,5%	4,7%	-	-	-	-	-	-	-
69	6,9%	4,2%	-	-	-	-	-	-	-
70	6,6%	-8,2%	-	-	-	-	-	-	-

Idade atingida pelo Segurado	DIHA (limite de 180 diárias)	DIHA (limite de 365 diárias)	DIHA UTI (limite de 90 diárias)	DIHA UTI (limite de 180 diárias)	DIHA UTI (limite de 365 diárias)	IEC-A	IEC-B	IEC-B1	IEC-B2	IEC-C
14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	17,4%	19,2%	16,7%	17,4%	12,1%
16	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,3%	9,5%	7,8%	10,8%
17	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,2%	12,7%	9,0%	8,0%	6,6%
18	0,0%	9,5%	7,1%	7,1%	0,0%	12,1%	3,2%	0,1%	0,0%	4,6%
19	0,0%	7,2%	6,7%	6,7%	14,3%	8,2%	10,7%	7,3%	3,5%	7,8%
20	0,0%	6,8%	3,1%	6,3%	0,0%	12,1%	7,6%	3,7%	1,1%	6,8%
21	0,0%	6,3%	6,1%	5,9%	12,5%	7,4%	6,6%	3,3%	1,3%	5,0%
22	0,0%	6,0%	5,7%	0,0%	0,0%	2,9%	6,4%	3,5%	1,9%	6,6%
23	0,0%	-1,1%	2,7%	5,6%	0,0%	6,1%	8,7%	7,2%	6,6%	7,3%
24	0,0%	-2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	16,6%	6,6%	3,7%	0,8%	7,1%
25	0,0%	-1,2%	2,6%	0,0%	11,1%	8,6%	5,7%	3,9%	3,1%	3,7%
26	0,0%	-1,2%	0,0%	5,3%	0,0%	17,9%	8,0%	5,8%	5,3%	6,6%
27	0,0%	-1,2%	2,6%	0,0%	0,0%	19,4%	7,4%	6,6%	5,4%	7,5%
28	0,0%	-1,2%	-5,0%	-5,0%	0,0%	13,3%	5,5%	3,5%	0,3%	4,8%
29	0,0%	-1,2%	-2,6%	0,0%	-10,0%	6,0%	4,3%	3,8%	1,0%	3,2%
30	0,0%	-1,2%	-5,4%	-5,3%	0,0%	10,0%	6,4%	7,5%	5,3%	7,9%
31	0,0%	-1,3%	-2,9%	-5,6%	-11,1%	5,0%	1,9%	3,1%	1,4%	1,9%
32	0,0%	-1,3%	-2,9%	-5,9%	0,0%	2,9%	0,1%	1,0%	0,0%	0,0%
33	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%	1,3%	3,0%	0,7%	1,3%
34	0,0%	1,3%	0,0%	6,3%	0,0%	16,3%	2,2%	3,4%	4,3%	2,0%
35	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	6,4%	0,9%	1,9%	0,1%	0,5%
36	0,0%	1,2%	3,0%	0,0%	0,0%	2,6%	0,3%	1,3%	0,0%	0,6%
37	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	1,9%	4,2%	1,1%	1,3%
38	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	5,4%	2,9%	4,0%	1,4%	2,7%
39	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	3,0%	0,0%	0,8%
40	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	1,8%	0,0%	0,6%
41	0,0%	1,1%	-2,9%	0,0%	0,0%	1,3%	7,0%	8,2%	3,2%	6,3%
42	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	5,1%	5,3%	1,9%	5,4%
43	0,0%	3,3%	6,1%	0,0%	12,5%	1,2%	3,6%	4,0%	2,9%	3,1%
44	0,0%	3,2%	2,9%	5,9%	0,0%	6,7%	4,7%	5,1%	4,9%	4,5%
45	0,0%	3,1%	2,8%	5,6%	0,0%	3,6%	2,9%	3,1%	2,8%	3,5%
46	0,0%	3,0%	2,7%	0,0%	0,0%	2,5%	2,2%	2,1%	3,2%	2,7%
47	0,0%	2,9%	2,6%	5,3%	11,1%	5,8%	2,7%	2,1%	4,5%	2,8%
48	0,0%	2,8%	2,6%	0,0%	0,0%	0,4%	0,6%	0,3%	4,1%	1,2%
49	0,0%	2,7%	2,5%	0,0%	0,0%	1,5%	0,5%	0,0%	4,8%	0,9%
50	0,0%	2,7%	0,0%	5,0%	0,0%	2,1%	1,1%	0,6%	6,0%	0,9%
51	0,0%	2,6%	2,4%	0,0%	0,0%	5,5%	5,7%	5,3%	9,2%	5,7%
52	0,0%	2,5%	2,4%	0,0%	10,0%	10,3%	6,7%	6,6%	11,8%	6,1%
53	0,0%	3,3%	7,0%	9,5%	0,0%	11,0%	7,2%	8,0%	10,4%	7,8%
54	0,0%	4,0%	6,5%	8,7%	9,1%	9,3%	7,4%	7,0%	10,7%	7,3%
55	0,0%	3,1%	8,2%	8,0%	8,3%	8,8%	7,5%	8,0%	11,2%	6,9%
56	0,0%	3,7%	5,7%	7,4%	7,7%	13,1%	9,4%	10,9%	13,9%	8,2%
57	0,0%	3,6%	7,1%	3,4%	7,1%	4,1%	6,0%	7,6%	9,6%	5,7%
58	0,0%	3,4%	5,0%	6,7%	6,7%	9,8%	7,7%	9,1%	11,4%	7,3%
59	0,0%	4,0%	4,8%	3,1%	0,0%	10,4%	9,3%	11,0%	12,6%	7,7%
60	0,0%	3,8%	4,5%	6,1%	6,3%	6,3%	6,8%	7,9%	8,8%	6,1%
61	0,0%	3,7%	4,3%	2,9%	5,9%	2,9%	1,8%	2,3%	4,2%	2,6%
62	0,0%	3,0%	4,2%	2,8%	0,0%	5,5%	2,9%	4,2%	5,5%	3,1%
63	0,0%	4,0%	4,0%	5,4%	5,6%	0,6%	3,5%	4,3%	6,0%	4,0%
64	0,0%	3,9%	5,1%	5,1%	5,3%	0,0%	1,4%	2,5%	3,7%	2,3%
65	0,0%	3,2%	3,7%	4,9%	5,0%	4,9%	5,3%	6,2%	8,8%	4,5%
66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

12.3.1. Os percentuais referentes à Cobertura de Morte também se aplicam às Coberturas de Doença Terminal, de Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F) durante a sua vigência, de Auxílio Funeral (AUXF), de Assistência Funeral (AF), de Assistência Funeral Segurados Indicados (AFSI) e de Cesta Básica por Morte (CBM).

12.3.2. Os percentuais referentes à Cobertura de Morte Acidental também se aplicam às Coberturas de Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA), de Assistência Funeral por Acidente (AFA) e de Cesta Básica por Morte Acidental (CBMA).

13. BENEFICIÁRIO

13.1. Para as Coberturas de Morte (M), de Morte Acidental (MA), de Morte Acidental Decorrente de Crime (MAC), de Morte Acidental Decorrente de Transporte Coletivo (MATC), de Morte Acidental Decorrente de Acidente de Trânsito (MAAT), de Cesta Básica por Morte (CBM) e de Cesta Básica por Morte Acidental (CBMA), a indicação do beneficiário é de livre escolha do Segurado, que deverá informar no ato da contratação, o nome e o grau de parentesco. A qualquer tempo, o segurado/participante poderá alterar o beneficiário indicado, por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolada junto à Seguradora.

13.1.1. Se a Seguradora não for comunicada oportunamente da substituição, a indenização será paga ao antigo beneficiário indicado.

13.1.2. Quando for designado mais de um beneficiário, o Segurado deverá fazer a indicação do percentual da indenização destinado a cada um.

13.1.3. Quando não houver a informação do percentual de indenização, o valor a ser indenizado será dividido em partes iguais.

13.1.4. Caso o Segurado não preencha o campo relativo ao beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

13.1.5. Na falta das pessoas indicadas no item 13.1.4, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

13.2. Para as Coberturas de Auxílio Funeral (AUXF), de Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA), de Assistência Funeral (AF), de Assistência Funeral Familiar (AFF), Assistência Funeral Familiar Ampliada – Pais e Sogros (AFF-PS), de Assistência Funeral por Acidente (AFA), de Assistência Funeral Familiar por Acidente (AFFA), de Assistência Funeral Familiar por Acidente Ampliada – Pais e Sogros (AFFA-PS) e de Assistência Funeral Segurados Indicados (AFASI), o beneficiário do seguro, até o valor do capital segurado, será o responsável pelo pagamento das despesas com o funeral.

13.3. No caso das demais Coberturas, não relacionadas nos itens 13.1. ou 13.2., o beneficiário será sempre o próprio Segurado.

13.3.1. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

13.4. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

14. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

14.1. Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado, por escrito, à Seguradora, pelo Segurado, seu Representante ou pelo Beneficiário, logo que o saiba(m).

14.2. Quando for o caso, o Segurado, por ocasião do Sinistro, deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

14.3. Ao tomar ciência do sinistro ou da iminência de sua ocorrência, o Segurado deverá:

a) Adotar, de forma diligente, todas as medidas úteis e necessárias para evitar, reduzir ou cessar os danos;

b) Comunicar prontamente o sinistro à Seguradora, por qualquer meio idôneo, seguindo orientações técnicas que forem fornecidas;

c) Fornecer, sempre que solicitado, todas as informações de que disponha sobre o evento, suas causas, consequências e circunstâncias.

14.4. Constitui descumprimento doloso dos deveres previstos nesta cláusula a atuação intencional que impeça ou prejudique a atuação da Seguradora. Neste caso, haverá perda integral do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo:

I – do pagamento integral do prêmio;

II – da obrigação de ressarcir despesas efetuadas pela Seguradora.

14.5. O descumprimento culposo acarretará a perda parcial do direito à indenização correspondente ao valor dos danos causados pela omissão.

14.6. As sanções dos itens anteriores não se aplicam quando o Segurado comprovar que a Seguradora tomou ciência tempestiva do sinistro por outros meios idôneos.

14.7. O Beneficiário está sujeito às mesmas obrigações e penalidades previstas nesta cláusula, quando atuar no processo de aviso ou regulação do sinistro.

14.8. As providências previstas na alínea a do item 14.3 não serão exigidas quando implicarem risco grave ao Segurado, Beneficiário ou terceiros, ou quando representarem esforço desproporcional.

14.9. É vedado ao Segurado e/ou Beneficiário modificar, destruir, remover ou alterar o local e os elementos relacionados ao sinistro, salvo quando necessária à proteção de pessoas ou bens.

14.10. O descumprimento culposo resultará na obrigação de ressarcir à Seguradora despesas adicionais realizadas para a regulação e liquidação do sinistro.

14.11. O descumprimento doloso exonerará a Seguradora de qualquer obrigação de pagamento de indenização ou capital segurado, caracterizando perda integral da garantia.

15. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

15.1. Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultada à Seguradora a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos.

15.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do Beneficiário correrão por conta do interessado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

15.3. O pagamento de qualquer indenização decorrente do presente seguro será efetuado

em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos, relacionados nas respectivas Coberturas, e sob a forma de parcela única, exceto o previsto para as coberturas de Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F), conforme item 10.2 das condições especiais desta cobertura, de Diárias de Incapacidade por Acidente ou Doença e de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente, conforme item 8.2 das condições especiais destas coberturas, observados ainda os itens 15.6 e 15.6.1 destas Condições Gerais.

15.3.1. A relação de documentos necessários para a regulação de Sinistro está prevista em cada uma das respectivas Coberturas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da indenização.

15.3.2. A Zurich terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a existência de cobertura para o sinistro, contado do recebimento do aviso de sinistro acompanhado de todos os documentos necessários.

15.4. **Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.**

15.5. **Independentemente dos documentos listados nas Coberturas contratadas, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.**

15.6. **A documentação listada nas respectivas Coberturas não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários durante o processo de análise do Sinistro, para sua completa elucidação.**

15.6.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 15.3. acima será suspenso, voltando a contar a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

15.6.2. O prazo para regulação do sinistro é de até 30 (trinta) dias, contado a partir do recebimento dos documentos necessários pela seguradora.

a) Para sinistros de até 500 (quinhentos) salários-mínimos, esse prazo poderá ser suspenso apenas uma vez, mediante solicitação de documentos complementares ao segurado.

b) Para sinistros superiores a 500 (quinhentos) salários-mínimos, o prazo de regulação poderá ser suspenso até duas vezes, mediante solicitação de documentos complementares ao segurado.

c) O prazo para pagamento da indenização será de até 30 (trinta) dias, contado a partir da conclusão da regulação do sinistro

15.7. **Caso haja atraso no pagamento da indenização, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada com base na atualização monetária e a taxa de juros aplicáveis serão aquelas determinadas em Lei , acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora.**

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

15.7.2. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data do sinistro e aquele publicado

imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação. A atualização monetária e a taxa de juros aplicáveis serão aquelas determinadas em Lei.

15.7.3. Havendo dúvida quanto a critérios, fórmulas de cálculo ou apuração de valores indenizáveis, prevalecerá o critério mais favorável ao Segurado ou Beneficiário, respeitado o princípio da vedação ao enriquecimento sem causa.

15.8. Os encargos decorrentes de eventual tradução para a língua portuguesa dos documentos necessários ao recebimento da indenização serão de responsabilidade total da Seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas 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.

15.9. Se depois de pagar uma indenização por invalidez permanente por acidente, parcial ou total, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância total paga por invalidez permanente será deduzida do valor a ser indenizado pela morte, se contratada uma ou mais Coberturas cuja o evento gerador da indenização seja a morte do Segurado.

15.10. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

15.11. Em caso de recusa total ou parcial de cobertura, a Seguradora disponibilizará ao interessado os documentos obtidos ou produzidos na regulação que fundamentaram a decisão.

15.12. Não serão entregues documentos sigilosos, legalmente protegidos ou que possam causar prejuízo a terceiros, exceto mediante ordem judicial ou decisão arbitral.

15.13. Qualquer indenização decorrente deste seguro somente será paga em Reais no Brasil.

16. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

16.1. A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

16.2. No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionadas ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Disposições Contratuais, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

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

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

17. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

17.1. A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro se o Estipulante, Segurado por si ou por seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da

Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

17.1.1. A provocação dolosa de sinistro pelo Segurado acarretará a perda definitiva do direito à indenização ou ao capital segurado, permanecendo exigível o prêmio contratado e configurada a obrigação de ressarcir gastos suportados pela Seguradora.

17.1.2. A fraude cometida durante o processo de reclamação ou regulação do sinistro implicará perda integral da garantia, liberando a Seguradora do pagamento.

17.1.3. Ocorrendo participação consciente do Segurado ou Beneficiário em prática delituosa associada ao sinistro, e não havendo tentativa de evitá-la, aplicar-se-á integralmente a perda do direito conforme item 17.1.1.

17.1.4. Nos seguros de pessoas, caso o sinistro seja dolosamente provocado pelo Beneficiário, a indenização será paga ao Segurado ou a seus herdeiros, conforme legislação vigente

17.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

17.2.1. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

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

b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a Cobertura contratada.

17.2.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da indenização:

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 Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

17.2.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral da indenização, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.

17.3. Em conformidade com a legislação vigente, distinguem-se as consequências conforme a intenção do Segurado ao prestar informações:

17.3.1. Descumprimento doloso (intencional):

Se o Segurado, por si ou por seu representante, omitir intencionalmente informação relevante, como uma doença grave, com o objetivo de obter vantagem no seguro, perderá o direito à indenização. Ainda assim, deverá pagar o prêmio vencido e ressarcir eventuais despesas da Seguradora.

17.3.2. Descumprimento culposo (sem intenção):

Caso a omissão ou inexatidão seja sem intenção de enganar, a indenização será reduzida proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido, considerando-se o novo risco informado.

17.3.3. Garantia tecnicamente impossível ou risco não aceito:

Se, após a revelação de uma omissão, constatar-se que o risco é tecnicamente impossível de ser segurado, ou não é normalmente aceito pela Zurich, o contrato será extinto, e o segurado deverá ressarcir eventuais despesas feitas pela seguradora.

17.3.4. Mensagem ao cliente:

Esta regra protege tanto o Segurado quanto a Zurich, incentivando a transparência e a verdade na contratação. Informações corretas garantem uma cobertura adequada e evitam problemas futuros. Sempre responda de forma clara e completa ao questionário da Zurich.

17.4. O segurado deve comunicar à Zurich, assim que tomar conhecimento, qualquer fato que possa agravar o risco coberto pelo seguro. Não se enquadram como risco agravado doenças que sejam diagnosticadas durante a vigência do seguro, bem como internações decorrentes de acidentes ou doença, respeitado o prazo de carência e riscos excluídos.

17.4.1. Consideram-se alterações de risco, entre outros: mudança de profissão do segurado, mudança do país de residência, prática de esportes de risco ou qualquer mudança de hábito que possa agravar o risco..

17.5. O seguro não poderá ser cancelado ou ter seu risco agravado pela seguradora com fundamento na alteração da natureza dos riscos, salvo se o segurado passar a residir em país que esteja sujeito a sanções impostas pela companhia.O Segurado perderá o direito à indenização para qualquer das Coberturas contratadas, ainda, pelas seguintes razões:

a) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;

b) Dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a indenização, ou ainda se o Segurado ou o Beneficiário tentar obter vantagem indevida com o Sinistro.

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

17.7. Este seguro não cobre despesas de contenção ou salvamento, mesmo que realizadas para evitar a ocorrência de sinistro ou para reduzir seus efeitos, ainda que tais medidas sejam tomadas em emergências ou por terceiros. Também não estão cobertas despesas com prevenção ordinária, manutenção, reparos preventivos ou qualquer outro tipo de medida similar. Caso o segurado realize qualquer despesa com contenção ou salvamento, não haverá direito a reembolso, independentemente do valor ou do resultado das ações adotadas.

18. ALTERAÇÃO DO SEGURO

18.1. Qualquer alteração no seguro só será válida se for feita por escrito, mediante concordância das partes contratantes.

18.2. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nas disposições contratuais, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

19. CANAL DE DISTRIBUIÇÃO

19.1. O seguro será comercializado por Corretores de Seguros e/ou Representantes de Seguros.

20. COMUNICAÇÕES

20.1. As comunicações do Segurado deverão ser feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da seguradora ou via Central de Atendimento. As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência ou ao endereço de e-mail constante da Proposta de Seguro.

20.2. As comunicações feitas à seguradora por um Corretor de Seguros, em nome do Segurado, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do Segurado.

21. PRESCRIÇÃO

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

21.1.1. Prescreve em 1 (um) ano, contado da ciência do fato gerador:

c) a pretensão da Seguradora de cobrança de prêmio;

d) a pretensão de Corretores, Representantes, Agentes e Estipulantes para cobrança de remuneração;

e) pretensões entre Cosseguradoras;

f) pretensões entre Seguradoras, Resseguradoras e Retrocessionárias.

21.1.2. Prescreve em 1 (um) ano, contado da ciência da recusa expressa e motivada pela Seguradora, a pretensão do Segurado para exigir indenização, capital segurado, reserva matemática, prestações de renda ou restituição de prêmio.

21.1.3. Prescreve em 3 (três) anos, contado do evento gerador, a pretensão de Beneficiários ou terceiros prejudicados para exigir capital segurado, reserva matemática, indenização ou rendas vencidas.

21.1.4. A prescrição de pretensão relacionada ao recebimento de indenização será suspensa uma única vez, com a apresentação formal do pedido de reconsideração do sinistro negado.

21.1.5. A suspensão cessará na data em que o interessado for comunicado da decisão final.

22. FORO

22.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas ao presente seguro.

23. DISPOSIÇÕES FINAIS

23.1. A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.

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

23.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da Sociedade Seguradora, no sítio eletrônico www.susep.gov.br. Este seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.

23.4. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a seguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos das Disposições Contratuais.

24. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

24.1. O segurado deve colaborar com a Zurich durante toda a vigência do contrato. Caso não colabore ou pratique atos que prejudiquem a seguradora, responderá pelos prejuízos que causar.

24.2. São obrigações do segurado: a) Informar prontamente à Zurich quaisquer comunicações recebidas que possam gerar reclamação futura relacionada ao seguro; b) Fornecer os documentos e demais elementos solicitados pela Zurich, sempre que necessário; c) Comparecer aos atos processuais para os quais for intimado; d) Abster-se de agir em detrimento dos direitos e interesses da Zurich.

24.3. Caso o segurado seja citado em processo judicial relacionado ao seguro, deverá comunicar imediatamente a Zurich e disponibilizar todos os elementos necessários para conhecimento do processo.

24.4. O segurado poderá solicitar que a Zurich participe do processo como litisconsorte, sem responsabilidade solidária.

25. CLÁUSULA DE EMBARGOS E SANÇÕES

25.1. Exclusão de Sanções: Não obstante quaisquer outros termos deste instrumento, a Seguradora não será considerada como tendo fornecido cobertura e não será responsável pelo pagamento de qualquer sinistro ou benefício aqui previsto, na medida em que o fornecimento de tal cobertura, o pagamento de tal sinistro ou o fornecimento de tal benefício exponha a Seguradora, sua controladora ou sua entidade controladora final a qualquer sanção, proibição ou restrição prevista em resoluções das Nações Unidas ou em sanções comerciais ou econômicas, leis ou regulamentos da União Europeia, do Reino Unido, da Suíça, dos Estados Unidos da América ou qualquer outra lei ou regulamento aplicável a sanções comerciais ou econômicas.

25.2. Exclusão Territorial: Este instrumento não cobrirá quaisquer perdas, lesões, danos ou responsabilidades legais decorrentes direta ou indiretamente de viagens planejadas ou realizadas em determinados países. A lista completa de países com restrição será publicada em canais oficiais disponibilizados aos usuários segurados e no site oficial da Seguradora, sendo certo que a lista de países com restrição considerada para esse efeito desta exclusão territorial deverá considerar a data da ocorrência do sinistro e não somente da contratação, ainda que no momento da contratação do seguro determinado país poderia não estar na lista de países com restrição e de exclusão territorial.

26. LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

26.1. O CLIENTE reconhece que os dados pessoais e/ou de saúde do CLIENTE foram usados e analisados pela SEGURADORA para aceitação ou não do risco, conforme autorização dada pelo CLIENTE na proposta de contratação, e esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos preditivos e/ou mercadológicos das empresas do nosso Grupo econômico, bem como para o fim único da execução do contrato de seguro, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos ajude no cumprimento do contrato se seguro (por ex. assistência, resseguradora, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, call center, corretora, estipulante, etc.). Os dados do CLIENTE serão guardados com todo zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros.

26.2. O CLIENTE, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter, em relação aos seus dados tratados pela SEGURADORA, a qualquer momento e mediante pedido expresso, pedidos como: (i) a confirmação da existência de tratamento; (ii) o acesso aos

dados; (iii) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados etc.

26.3. O CLIENTE está ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais, deverá entrar em contato com a SEGURADORA, por meio do e-mail: protecaodedados@br.zurich.com.

26.4. A SEGURADORA garante e assume o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do CLIENTE além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil. Para conhecer a integralidade a política de proteção de dados da SEGURADORA, por favor acesse https://www.zurich.com.br.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE (M)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização, em caso de morte do Segurado decorrente de causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura 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, 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;**

f) **Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

g) **Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;**

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) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

j) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

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) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento do Segurado.

4. CARÊNCIA

4.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice.

4.1.1. Não há prazo de carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal, exceto para a tentativa de suicídio ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice.

4.2. Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.

5. FRANQUIA

5.1. Não há prazo de franquia para esta Cobertura.

6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

6.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia simples da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta

de luz, telefone etc.);

- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;
- Documentos do(s) Beneficiário(s):
  - Cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço;
  - Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o beneficiário for o cônjuge do Segurado;
  - Cópia da Certidão de Nascimento, se o beneficiário for filho do Segurado.

b) Morte decorrente de acidente

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

- 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.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização, em caso de morte do Segurado em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também 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 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) 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo 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) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

k) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

l) Acidente Vascular Cerebral;

m) 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;

n) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;

o) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

4.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta Cobertura.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia simples da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;
- Documentos do(s) Beneficiário(s):
  - Cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço;
  - Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o beneficiário for o cônjuge do Segurado;
  - Cópia da Certidão de Nascimento, se o beneficiário for filho do Segurado.
- 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.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. **Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.**

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE CRIME (MAC)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização, em caso de morte do Segurado **em consequência exclusiva de Acidente decorrente de Crime, conforme definição no item 2.1 desta Cobertura, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Crime:** Entende-se como crime, para fins desta Cobertura, os crimes contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, unicamente aqueles que tenham como resultado a morte do Segurado.

2.2. **Não estão cobertos por esta Cobertura os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também 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 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) **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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;**

f) **Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

g) **Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo 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) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

k) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

l) Acidente Vascular Cerebral;

m) 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.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

5.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta Cobertura.

6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

6.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia simples da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;
- Documentos do(s) Beneficiário(s):
  - Cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço;
  - Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o beneficiário for o cônjuge do Segurado;
  - Cópia da Certidão de Nascimento, se o beneficiário for filho do Segurado.
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial);
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;

- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s).

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM TRANSPORTE COLETIVO (MATC)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização, em caso de morte do Segurado **em decorrência de acidente em meio de Transporte Coletivo, exclusivamente na condição de passageiro, conforme definido no item 2.2 desta Cobertura, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Transporte Coletivo:** entende-se como meio de transporte coletivo qualquer aeronave, balsa, metrô, navio, ônibus, trem ou qualquer outro tipo de transporte coletivo público, que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem, e que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

2.2. **Passageiro:** é o Segurado que esteja a bordo de um meio de transporte coletivo, conforme definição no item 2.1 acima, desde que não seja na condição de condutor, operador ou tripulante.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também 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 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) **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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;**

f) **Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo 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) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

k) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

l) Acidente Vascular Cerebral;

m) 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;

n) Acidentes de trânsito cujo Segurado não seja passageiro de um dos meios de transportes coletivos, definidos no item 2.1 destas Condições Especiais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

5.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta Cobertura.

6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

6.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia simples da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;
- Documentos do(s) Beneficiário(s):
  - Cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço;

  - Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o beneficiário for o cônjuge do Segurado;
  - Cópia da Certidão de Nascimento, se o beneficiário for filho do Segurado.
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial);
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- 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.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. **Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.**

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (MAAT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização, em caso de morte do Segurado **em decorrência de acidente de trânsito, conforme definido no item 2.1 desta Cobertura, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente de Trânsito:** para fins desta Cobertura, considera-se acidente de trânsito aquele em que o Segurado, enquanto ocupante de veículo particular ou táxi, ou ainda, se, como pedestre, for atingido por qualquer veículo automotor, coletivo ou particular.

2.2. **Esta Cobertura não abrange os acidentes sofridos pelo Segurado enquanto passageiro ou condutor de veículos que se destinem ao transporte coletivo, de veículos com menos de 4 (quatro) rodas, de caminhões, de veículos destinados ao serviço público ou particular de socorro médico, de veículos das corporações militares e quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.**

2.3. **Transporte Coletivo:** entende-se como meio de transporte coletivo qualquer aeronave, balsa, metrô, navio, ônibus, trem ou qualquer outro tipo de transporte coletivo público que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem e que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também 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 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) **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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa**

jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo 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) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

k) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

l) Acidente Vascular Cerebral;

m) 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;

n) Acidentes sofridos pelo Segurado enquanto passageiro ou condutor de veículos que se destinem ao transporte coletivo.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

5.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta Cobertura.

6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

6.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia simples da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;

- Documentos do(s) Beneficiário(s):
  - Cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço;
  - Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o beneficiário for o cônjuge do Segurado;
  - Cópia da Certidão de Nascimento, se o beneficiário for filho do Segurado.
- 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.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. **Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.**

COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL (DT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento da antecipação da indenização da Cobertura de Morte (M), em caso de diagnóstico de Doença em Estágio Terminal que acometa o Segurado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.1.1. **A Cobertura de Doença Terminal (DI) estará disponível para contratação somente em conjunto com a Cobertura de Morte (M).**

1.1.2. O pagamento da Indenização relativa a esta Cobertura extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Doença em Estágio Terminal:** é aquela que atingiu estágio no qual não há qualquer alternativa terapêutica médica disponível e não há perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente sem perspectiva de sobrevivência, com expectativa de morte eminente conforme atestado pelo médico assistente do Segurado e desde que reconhecido pela Seguradora.

2.2. **Paciente em Estágio Terminal:** para fins desta Cobertura, considera-se "paciente em estágio terminal" o portador de doença em estágio terminal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura 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, 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) **Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

e) **Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;**

f) **Eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;**

g) **Doenças agravadas por traumatismos;**

h) Coma irreversível decorrente do uso de álcool e drogas;

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

j) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;

k) Atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da constatação médica do estágio terminal comprovando que o quadro clínico indica estado grave e de comprometimento irreversível, sem possibilidade de recuperação com os recursos médicos/terapêuticos disponíveis, atestado pelo médico assistente do Segurado e reconhecido pela seguradora.

5. CARÊNCIA

5.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice.

5.2. Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.

6. FRANQUIA

6.1. Não há prazo de franquia para esta Cobertura.

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu representante legal;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu representante legal;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Declaração Médica expedida pelo médico que atendia regularmente o Segurado registrando o diagnóstico, o tratamento realizado e o quadro clínico, estabelecendo data a partir da qual a evolução da doença justifica o enquadramento em estado terminal;
- 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;
- Declaração do consulente/Segurado com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.

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

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – OPÇAO 1 (DG1)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização em caso de diagnóstico de uma das doenças especificadas no item 2 destas Condições Especiais que acometa o Segurado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.1.1. **Somente haverá cobertura para o 1º (primeiro) diagnóstico das Doenças Graves contratadas, e desde que o diagnóstico ocorra durante a vigência da apólice, respeitados os períodos de franquia e carência.**

1.1.2. **Será estabelecido na Proposta de Contratação e na Especificação da Apólice Seguro, se, na hipótese de um evento coberto, a indenização relativa à presente Cobertura será ou não uma antecipação da indenização do capital segurado da Cobertura de Morte (M).**

1.1.3. **No caso da Cobertura de Doenças Graves – Opção 1 (DG1) ser contratada como uma antecipação do capital segurado da Cobertura de Morte (M), o pagamento da indenização extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio, e, portanto, não haverá um segundo pagamento em decorrência da morte do Segurado.**

Nota Explicativa:

• A opção de antecipação ou não da cobertura de morte deve estar definida na proposta.
• Em caso de antecipação, o pagamento da indenização por doenças graves extingue a cobertura de morte.

• Cobertura válida até 71 (setenta e um) anos de idade.

• AVC: cobertura apenas para casos com sequelas neurológicas definitivas. Não estão cobertos: AVC isquêmico transitório, infarto cerebral lacunar sem déficit neurológico ou distúrbios cognitivos isolados.

• Cirurgia de Aorta: apenas com abertura do tórax ou abdômen e implantação de material sintético.

• Cirurgia de Revascularização do Miocárdio: apenas por cirurgia aberta (by-pass); não cobre angioplastia ou toracotomia mínima.

• Troca de válvula cardíaca: apenas com cirurgia aberta, para válvulas mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar.

• Alzheimer e Parkinson: cobertura até 65 (sessenta e cinco) anos, apenas em quadros avançados, com necessidade de curador definitivo ou perda da capacidade para ao menos três atividades da vida diária. O diagnóstico inicial não garante indenização.

• Esclerose Múltipla: diagnóstico definitivo, sintomas típicos, mínimo de dois surtos (intervalo de um mês) ou um surto com internação/terapia, e comprovação laboratorial.

• Infarto Agudo do Miocárdio: exige necrose comprovada do músculo cardíaco, histórico de dores típicas, alterações no ECG e elevação de marcadores cardíacos.
• Insuficiência Renal Terminal: perda irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise ou transplante.

• Paralisia: cobertura para perda irreversível da função motora de dois ou mais

membros, exclusivamente por lesão medular.

• Transplante de órgão: cobre transplante de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea.

• Tumor cerebral benigno: cobertura apenas para casos cirúrgicos ou inoperáveis, desde que haja sequelas neurológicas permanentes.

• Câncer: cobre neoplasia maligna invasiva, leucemia e doenças malignas do sistema linfático (Doença de Hodgkin). Não cobre tumores in situ, lesões pré-malignas, NIC, displasia do cólon uterino e câncer de pele não melanoma invasivo.
• Câncer feminino: cobre neoplasia de mama, útero e ovário.

• Carência: até 6 (seis) meses. Franquia: 30 (trinta) dias a partir do diagnóstico.

2. DEFINIÇÕES

2.1. As doenças graves a seguir descritas estarão cobertas pela presente cobertura:

2.2. **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** Doença caracterizada por diminuição ou interrupção aguda do fluxo sanguíneo encefálico que resulte em morte do tecido encefálico e consequente sequela neurológica definitiva. O quadro deve ser causado pela ruptura de um vaso encefálico com extravasamento de sangue (hemorragia) ou pela obstrução de um vaso encefálico. Inclui-se na garantia o AVC provocado por embolização de vaso encefálico originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro neurológico típico e exames de imagem como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudo de circulação cerebral. As sequelas neurológicas devem ser consideradas definitivas e passíveis de verificação por meio de exames especializados para confirmação do diagnóstico. Embolização de vaso encefálico: processo em que um êmbolo (coágulo, gordura, etc.) é transportado pela corrente sanguínea e termina por obstruir um vaso do encéfalo de calibre menor. Encéfalo: conjunto formado pelo cérebro e tronco cerebral (bulbo, ponte e cerebelo). AVC isquêmicos transitórios e síndromes correlatas: situações em que o fluxo sanguíneo cerebral é diminuído, deixando de irrigar temporariamente uma parte do tecido cerebral, mas que são reversíveis; geralmente causadas por espasmos arteriais. Infarto cerebral lacunar sem déficit neurológico: pequenas áreas correspondentes a infartos do tecido cerebral, visíveis nos exames de imagem, porém em territórios que não causam sequelas neurológicas, ou seja, não têm repercussão clínica. Distúrbios cognitivos: distúrbios relacionados às capacidades de memória, atenção, percepção, raciocínio, juízo, pensamento e linguagem.

2.2.1. **Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de AVC, com sequelas neurológicas típicas da doença, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.**

2.3. **Infarto Agudo do Miocárdio:** Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco como consequência de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e se basear na ocorrência concomitante de: histórico de dores torácicas típicas; alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG), e elevação das enzimas cardíacas troponinas e de outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica. Segmento ST: pedaço do traçado obtido no eletrocardiograma (ECG). Troponina I ou T: proteínas que existem no músculo cardíaco que são usadas como marcadores de lesão celular (infarto).

Síndrome coronariana: conjunto de sinais e sintomas característicos, causados por doença ou distúrbio das artérias coronárias. Angina (pectoris): dor no peito causada por baixo abastecimento de oxigênio para o músculo cardíaco. Infarto antigo: infarto (morte de parte do músculo cardíaco) que ocorreu no passado. Infarto silencioso: infarto que ocorre sem dor, sem percepção da vítima; geralmente constatado em um achado de exame feito ao acaso.

2.3.1. **Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de infarto agudo do miocárdio e desde que a doença tenha sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.**

2.4. **Insuficiência Renal Terminal (Crônica):** Insuficiência renal terminal (crônica) é a etapa final de diversas doenças renais, caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou de transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico nefrologista e demonstrado por exames complementares apropriados, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

2.4.1. **Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de insuficiência renal terminal (crônica), desde que a doença causadora do quadro tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da Cobertura.**

2.5. **Transplante de Órgão:** Procedimento cirúrgico em que o Segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos: **coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea**. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

2.5.1. **Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia para transplante de órgão tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.**

2.6. **Câncer:** Doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas. O termo câncer é sinônimo de "neoplasia maligna" e "tumor maligno". Inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença de Hodgkin e todos os demais cânceres, conforme definição, com exceção dos especificados no item 3.1.5. Exame histológico: exame realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças. Neoplasia intraepitelial cervical: alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer.

2.6.1. **Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de câncer e desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de**

cumprido o prazo de carência da Cobertura.

2.7. Todas as Doenças Graves deverão ser comprovadas por meio de resultados de exames complementares apropriados ao caso e aceitos pela comunidade médico científica, e demais documentos estabelecidos no item 9. Pagamento da Indenização destas Condições Especiais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos das coberturas desta Cobertura, 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, 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) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

e) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;

f) Eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;

g) Doenças agravadas por traumatismos;

h) Coma irreversível decorrente do uso de álcool e drogas;

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

j) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;

k) Atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes.

3.1.1. Acidente Vascular Cerebral (AVC):

a) AVC isquêmico transitório e síndromes correlatas, Acidentes Vasculares hemorrágicos e síndromes correlatas (ex.: isquemia cerebral transitória – ICT);

b) Traumatismos crânio encefálicos - danos cerebrais causados por traumas, anoxia/asfixia; PCR – parada cardiorespiratória;

c) Infartos cerebrais lacunares sem déficit neurológico;

d) Enxaquecas com sintomas neurológicos; e

e) Sequela neurológica caracterizada exclusivamente por distúrbios cognitivos /psiquiátricos que não configurem incapacidade para vida cível (sem curatela definitiva).

3.1.2. Infarto Agudo do Miocárdio:

a) Quadro de infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG;

b) Quadro de infarto do miocárdio somente com elevação da troponina "I" ou "T"; e

c) Outras síndromes coronarianas agudas como angina estável ou instável. d) Infarto do miocárdio antigo ou silencioso.

3.1.3. Insuficiência Renal Terminal (Crônica):

a) Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que ainda realizado tratamento de diálise.

3.1.4. Transplante de Órgão:

a) Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial;

b) Transplantes de órgão de animais, não humanos;

c) Autotransplante de medula óssea;

d) Transplante de células-tronco (células embrionárias);

e) Transplante de células-beta do pâncreas; e

f) Transplante de órgãos não mencionados no item 2.5. acima.

3.1.5. Câncer:

a) Todos os cânceres não invasivos (in situ), lesões ou tumores pré-malignas, qualquer grau / estádio de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) – displasia do colo uterino.

b) Qualquer tipo de câncer de pele (ex.: carcinoma basocelular, carcinoma de células escamosas) que não seja melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5mm, segundo a classificação de Breslow.

c) Câncer de próstata abaixo do estádio T2 N0 M0 pela classificação TNM.

d) Sarcoma de Kaposi ou qualquer outro tumor maligno diagnosticado em um portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

3.2. Estão expressamente excluídos desta Cobertura, as doenças diagnosticadas com data anterior ao início de vigência do seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico comprovado da doença grave.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. Após a ocorrência de um evento coberto, o capital segurado relativo a esta Cobertura não será reintegrado.

6. TÉRMINO DE COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do

Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 71 (setenta e um) anos.

7. CARÊNCIA

7.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e na Apólice.

7.2. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso a doença coberta ou a doença motivadora de cirurgia coberta ocorra durante o período de carência.

7.3. Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.

8. FRANQUIA

8.1. O período de franquia é de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do diagnóstico da doença grave.

8.2. Durante o período da franquia, o Segurado não terá direito à cobertura na hipótese da ocorrência de seu falecimento, mesmo que em decorrência de uma das doenças graves cobertas. A contagem do período de 30 (trinta) dias se iniciará na data do diagnóstico da doença grave.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Declaração do consulente/Segurado com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.

9.2. Documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada:

9.2.1. Em caso de Acidente Vascular Cerebral (AVC):

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva as sequelas neurológicas definitivas;

b) Exames complementares como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudos de circulação cerebral, que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as sequelas neurológicas.

c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

9.2.2. Em caso de Infarto Agudo do Miocárdio:

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que

informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio;

b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença. É necessária a apresentação de exames marcadores de necrose miocárdica (troponina, CK-MB, etc.) e ECG. Também devem ser enviados laudos de cintilografia do miocárdio, ecocardiografia, cateterismo cardíaco e demais exames pertinentes que tiverem sido realizados;

c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

9.2.3. Em caso de Insuficiência Renal Terminal (Crônica):

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de base e o quadro de insuficiência renal terminal (crônica);

b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e o comprometimento da função renal, como tomografia computadorizada, ultrassonografia, análises de urina, dosagens de creatinina e ureia, etc.;

c) Relatórios e prontuários hospitalares contendo histórico dos tratamentos dialíticos.

9.2.4. Em caso de Transplante de Órgão:

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de base e o procedimento cirúrgico realizado;

b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e justifiquem a indicação da cirurgia;

c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

9.2.5. Em caso de Câncer:

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico;

b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença. É necessária apresentação do laudo do exame anatomopatológico;

c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm

função subsidiária.

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – OPÇAO 2 (DG2)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização em caso de diagnóstico de uma das doenças especificadas no item 2 destas Condições Especiais que acometa o Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.1.1. Somente haverá cobertura para o 1º (primeiro) diagnóstico das Doenças Graves contratadas, e desde que o diagnóstico ocorra durante a vigência da apólice, respeitados os períodos de franquia e carência.

1.1.2. Será estabelecido na Proposta de Contratação e na Especificação da Apólice Seguro, se, na hipótese de um evento coberto, a indenização relativa à presente Cobertura será ou não uma antecipação da indenização do capital segurado da Cobertura de Morte (M).

1.1.3. No caso da Cobertura de Doenças Graves – Opção 2 (DG2) ser contratada como uma antecipação do capital segurado da Cobertura de Morte (M), o pagamento da indenização extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio, e, portanto, não haverá um segundo pagamento em decorrência da morte do segurado.

Nota Explicativa:

• A opção de antecipação ou não da cobertura de morte deve estar definida na proposta.
• Em caso de antecipação, o pagamento da indenização por doenças graves extingue a cobertura de morte.

• Cobertura válida até 71 (setenta e um) anos de idade.

• AVC: cobertura apenas para casos com sequelas neurológicas definitivas. Não estão cobertos: AVC isquêmico transitório, infarto cerebral lacunar sem déficit neurológico ou distúrbios cognitivos isolados.

• Cirurgia de Aorta: apenas com abertura do tórax ou abdômen e implantação de material sintético.

• Cirurgia de Revascularização do Miocárdio: apenas por cirurgia aberta (by-pass); não cobre angioplastia ou toracotomia mínima.

• Troca de válvula cardíaca: apenas com cirurgia aberta, para válvulas mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar.

• Alzheimer e Parkinson: cobertura até 65 (sessenta e cinco) anos, apenas em quadros avançados, com necessidade de curador definitivo ou perda da capacidade para ao menos três atividades da vida diária. O diagnóstico inicial não garante indenização.

• Esclerose Múltipla: diagnóstico definitivo, sintomas típicos, mínimo de dois surtos (intervalo de um mês) ou um surto com internação/terapia, e comprovação laboratorial.

• Infarto Agudo do Miocárdio: exige necrose comprovada do músculo cardíaco, histórico de dores típicas, alterações no ECG e elevação de marcadores cardíacos.
• Insuficiência Renal Terminal: perda irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise ou transplante.

• Paralisia: cobertura para perda irreversível da função motora de dois ou mais

membros, exclusivamente por lesão medular.

• Transplante de órgão: cobre transplante de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea.

• Tumor cerebral benigno: cobertura apenas para casos cirúrgicos ou inoperáveis, desde que haja sequelas neurológicas permanentes.

• Câncer: cobre neoplasia maligna invasiva, leucemia e doenças malignas do sistema linfático (Doença de Hodgkin). Não cobre tumores in situ, lesões pré-malignas, NIC, displasia do cólon uterino e câncer de pele não melanoma invasivo.
• Câncer feminino: cobre neoplasia de mama, útero e ovário.

• Carência: até 6 (seis) meses. Franquia: 30 (trinta) dias a partir do diagnóstico.

2. DEFINIÇÕES

2.1. As doenças graves a seguir descritas estarão cobertas pela presente cobertura:

2.2. **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** Doença caracterizada por diminuição ou interrupção aguda do fluxo sanguíneo encefálico que resulte em morte do tecido encefálico e consequente sequela neurológica definitiva. O quadro deve ser causado pela ruptura de um vaso encefálico com extravasamento de sangue (hemorragia) ou pela obstrução de um vaso encefálico. Inclui-se na garantia o AVC provocado por embolização de vaso encefálico originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro neurológico típico e exames de imagem como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudo de circulação cerebral. As sequelas neurológicas devem ser consideradas definitivas e passíveis de verificação por meio de exames especializados para confirmação do diagnóstico. Embolização de vaso encefálico: processo em que um êmbolo (coágulo, gordura, etc.) é transportado pela corrente sanguínea e termina por obstruir um vaso do encéfalo de calibre menor. Encéfalo: conjunto formado pelo cérebro e tronco cerebral (bulbo, ponte e cerebelo). AVC isquêmicos transitórios e síndromes correlatas: situações em que o fluxo sanguíneo cerebral é diminuído, deixando de irrigar temporariamente uma parte do tecido cerebral, mas que são reversíveis; geralmente causadas por espasmos arteriais. Infarto cerebral lacunar sem déficit neurológico: pequenas áreas correspondentes a infartos do tecido cerebral, visíveis nos exames de imagem, porém em territórios que não causam sequelas neurológicas, ou seja, não têm repercussão clínica. Distúrbios cognitivos: distúrbios relacionados às capacidades de memória, atenção, percepção, raciocínio, juízo, pensamento e linguagem.

2.2.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de AVC, com sequelas neurológicas típicas da doença, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

2.3. **Cirurgia da Aorta:** Realização de cirurgia com abertura do tórax ou abdômen para correção de uma doença da artéria aorta que requeira a enxertia (implante) de material sintético para substituição de segmento afetado. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião vascular, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

2.3.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia da aorta tenha ocorrido no

período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

2.4. **Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na Artéria Coronariana (By-Pass):** Realização de cirurgia cardíaca com abertura do tórax (cirurgia a céu aberto) para restauração do fluxo sanguíneo em uma ou mais artérias coronarianas obstruídas ou estenosadas, por meio de implante de ponte(s) (by-pass) vascular(es). A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião cardíaco, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem coronarianos. Coronárias estenosadas: artérias coronárias (que irrigam o músculo cardíaco) estreitadas, obstruídas. Angioplastia: procedimento realizado por meio de cateter intra-arterial que visa à dilatação ou recuperação da luz do vaso. Toracotomia mínima: pequena incisão para abertura da cavidade torácica, que serve para a entrada de instrumentos (cateteres) e câmeras de vídeo (semelhante ao que ocorre na vídeo-laparotomia).

2.4.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia de revascularização do miocárdio tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

2.5. **Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca:** Realização de cirurgia cardíaca com abertura do tórax (cirurgia a céu aberto) para substituição de uma ou mais valvas cardíacas (denominadas mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar) por válvulas artificiais, devido à estenose valvar, insuficiência valvar ou a uma combinação destes dois problemas. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião cardíaco, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames cardiológicos de imagem.

2.5.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia para troca de válvula cardíaca tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

2.6. **Doença de Alzheimer:** Diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer – demência pré-senil – antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista ou psiquiatra e confirmado por achados típicos nos exames clínicos (testes cognitivos) e de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons), de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas.

2.6.1. Para caracterização desta garantia, o Segurado deve apresentar quadro de demência avançada que demande supervisão e cuidados constantes de terceiros e o invalide definitivamente para vida cível, com necessidade de constituição legal de um curador definitivo.

2.6.2. Outra maneira de caracterização desta garantia é a Doença de Alzheimer deixar o Segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro;

b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa;

c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene;

d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano;

e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino;

f) Alimentar-se - capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida;

g) O quadro de demência avançada deve ser comprovado com apresentação de termo de curatela definitiva. As incapacidades para as atividades da vida diária devem ser simultâneas e clinicamente documentadas para diagnóstico definitivo da doença.

2.6.3. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer e manifestarem incapacidades para vida cível ou para atividades da vida diária, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da Cobertura.

2.7. **Infarto Agudo do Miocárdio:** Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco como consequência de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e se basear na ocorrência concomitante de: histórico de dores torácicas típicas; alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG), e elevação das enzimas cardíacas troponinas e de outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica. Segmento ST: pedaço do traçado obtido no eletrocardiograma (ECG). Troponina I ou T: proteínas que existem no músculo cardíaco que são usadas como marcadores de lesão celular (infarto). Síndrome coronariana: conjunto de sinais e sintomas característicos, causados por doença ou distúrbio das artérias coronárias. Angina (pectoris): dor no peito causada por baixo abastecimento de oxigênio para o músculo cardíaco. Infarto antigo: infarto (morte de parte do músculo cardíaco) que ocorreu no passado. Infarto silencioso: infarto que ocorre sem dor, sem percepção da vítima; geralmente constatado em um achado de exame feito ao acaso.

2.7.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de infarto agudo do miocárdio e desde que a doença tenha sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

2.8. **Insuficiência Renal Terminal (Crônica):** Insuficiência renal terminal (crônica) é a etapa final de diversas doenças renais, caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou de transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico nefrologista e demonstrado por exames complementares apropriados, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

2.8.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de insuficiência renal terminal (crônica), desde que a doença causadora do quadro tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da Cobertura.

2.9. **Transplante de Órgão:** Procedimento cirúrgico em que o Segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos: **coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea**. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas

especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

2.9.1. **Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia para transplante de órgão tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.**

2.10. **Câncer:** Doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas. O termo câncer é sinônimo de "neoplasia maligna" e "tumor maligno". Inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença de Hodgkin e todos os demais cânceres, conforme definição, com exceção dos especificados no item 3.1.9. Exame histológico: exame realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças. Neoplasia intraepitelial cervical: alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer.

2.10.1. **Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de câncer e desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da Cobertura.**

2.11. **Todas as Doenças Graves deverão ser comprovadas por meio de resultados de exames complementares apropriados ao caso e aceitos pela comunidade médico científica, e demais documentos estabelecidos no item 9. Pagamento da Indenização destas Condições Especiais.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Estão expressamente excluídos das coberturas desta Cobertura, 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, 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) **Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

e) **Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão**

competente;

f) Eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;

g) Doenças agravadas por traumatismos;

h) Coma irreversível decorrente do uso de álcool e drogas;

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

j) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;

k) Atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes.

3.1.1. Acidente Vascular Cerebral (AVC):

a) AVC isquêmico transitório e síndromes correlatas, Acidentes Vasculares hemorrágicos e síndromes correlatas (ex.: isquemia cerebral transitória – ICT);

b) Traumatismos crânio encefálicos - danos cerebrais causados por traumas, anoxia/asfixia; PCR – parada cardiorespiratória;

c) Infartos cerebrais lacunares sem déficit neurológico;

d) Enxaquecas com sintomas neurológicos; e

e) Sequela neurológica caracterizada exclusivamente por distúrbios cognitivos /psiquiátricos que não configurem incapacidade para vida cível (sem curatela definitiva).

3.1.2. Cirurgia da Aorta:

a) Procedimentos realizados nas ramificações da aorta (o termo aorta inclui as porções torácica e abdominal da artéria aorta, mas não os seus ramos);

b) Os procedimentos realizados pelo interior do vaso (intra-arteriais) sem abertura do tórax ou abdômen;

c) Qualquer outro procedimento cirúrgico que não requeira a colocação de um enxerto; e

d) Cirurgia subsequente a ferimento traumático da artéria aorta.

3.1.3. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na Artéria Coronariana (By-Pass):

a) Angioplastia (com ou sem colocação de Stent);

b) Outros procedimentos intra-arteriais (procedimentos realizados pelo interior do vaso, sem abertura do tórax); e

c) Cirurgia por toracotomia mínima.

3.1.4. Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca:

a) Cirurgias cardíacas com preservação da válvula, como comissurotomia, comissuroplastia, valvoplastia.

3.1.5. Doença de Alzheimer:

a) Outros quadros de demência que não sejam considerados como decorrentes da Doença de Alzheimer; e

b) Diagnóstico isolado de Doença de Alzheimer, que não resulte em quadro de sequelas incapacitantes para a vida cível ou para as atividades da vida diária, conforme definição acima descrita.

3.1.6. Infarto Agudo do Miocárdio:

a) Quadro de infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG;

b) Quadro de infarto do miocárdio somente com elevação da troponina "I" ou "T"; e

c) Outras síndromes coronarianas agudas como angina estável ou instável. d) Infarto do miocárdio antigo ou silencioso.

3.1.7. Insuficiência Renal Terminal (Crônica):

a) Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que ainda realizado tratamento de diálise.

3.1.8. Transplante de Órgão:

a) Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial;

b) Transplantes de órgão de animais, não humanos;

c) Autotransplante de medula óssea;

d) Transplante de células-tronco (células embrionárias);

e) Transplante de células-beta do pâncreas; e

f) Transplante de órgãos não mencionados no item 2.9. acima.

3.1.9. Câncer:

a) Todos os cânceres não invasivos (in situ), lesões ou tumores pré-malignas, qualquer grau / estádio de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) – displasia do colo uterino.

b) Qualquer tipo de câncer de pele (ex.: carcinoma basocelular, carcinoma de células escamosas) que não seja melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5mm, segundo a classificação de Breslow.

c) Câncer de próstata abaixo do estádio T2 N0 M0 pela classificação TNM.

d) Sarcoma de Kaposi ou qualquer outro tumor maligno diagnosticado em um portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

3.2. Estão expressamente excluídos desta Cobertura, as doenças diagnosticadas com data anterior ao início de vigência do seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico comprovado da doença grave.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. Após a ocorrência de um evento coberto, o capital segurado relativo a esta Cobertura não será reintegrado.

6. TÉRMINO DE COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do

Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 71 (setenta e um) anos.

7. CARÊNCIA

7.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e na Apólice.

7.2. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso a doença coberta ou a doença motivadora de cirurgia coberta ocorra durante o período de carência.

7.3. Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.

8. FRANQUIA

8.1. O período de franquia é de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do diagnóstico da doença grave.

8.2. Durante o período da franquia, o Segurado não terá direito à cobertura na hipótese da ocorrência de seu falecimento, mesmo que em decorrência de uma das doenças graves cobertas. A contagem do período de 30 (trinta) dias se iniciará na data do diagnóstico da doença grave.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Declaração do consulente/Segurado com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.

9.2. Documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada:

9.2.1. Em caso de Acidente Vascular Cerebral (AVC):

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva as sequelas neurológicas definitivas;

b) Exames complementares como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudos de circulação cerebral, que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as sequelas neurológicas.

c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

9.2.2. Em caso de Cirurgia da Aorta:

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico e o procedimento cirúrgico;

b) Exames complementares, especialmente os de imagem como arteriografia e tomografia computadorizada, que comprovem doença da aorta e respaldem a indicação de cirurgia;

c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

9.2.3. **Em caso de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na Artéria Coronariana (By-Pass):**

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico e o procedimento cirúrgico;

b) Exames complementares, como cateterismo e angiografia, que comprovem doença coronariana e respaldem a indicação de cirurgia cardíaca;

c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

9.2.4. **Em caso de Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca:**

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico e o procedimento cirúrgico;

b) Exames complementares, como ecocardiografia com doppler, que comprovem doença cardíaca valvar e respaldem a indicação de cirurgia para troca de válvula cardíaca;

c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

9.2.5. **Em caso de Doença de Alzheimer:**

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico, e descreva as restrições cognitivas e incapacidades definitivas para as atividades da vida diária;

b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as limitações neurológicas, tais como tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons e testes cognitivos;

c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar;

d) Termo de curatela definitiva quando houver invalidez para vida cível decorrente do quadro de Alzheimer.

9.2.6. **Em caso de Infarto Agudo do Miocárdio:**

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio;

b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença. É necessária a apresentação de exames marcadores de necrose miocárdica (troponina, CK-MB etc.) e ECG. Também devem ser enviados laudos de cintilografia do miocárdio, ecocardiografia, cateterismo cardíaco e demais exames pertinentes que tiverem sido realizados;

c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

9.2.7. **Em caso de Insuficiência Renal Terminal (Crônica):**

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de base e o quadro de insuficiência renal terminal (crônica);

b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e o comprometimento da função renal, como tomografia computadorizada, ultrassonografia, análises de urina, dosagens de creatinina e ureia etc.;

c) Relatórios e prontuários hospitalares contendo histórico dos tratamentos dialíticos.

9.2.8. **Em caso de Transplante de Órgão:**

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de base e o procedimento cirúrgico realizado;

b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e justifiquem a indicação da cirurgia;

c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

9.2.9. **Em caso de Câncer:**

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico;

b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença. É necessária apresentação do laudo do exame anatomopatológico;

c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. **Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.**

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – OPÇÃO 3 (DG3)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização em caso de diagnóstico de uma das doenças especificadas no item 2 destas Condições Especiais que acometa o Segurado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.1.1. **Somente haverá cobertura para o 1º (primeiro) diagnóstico das Doenças Graves contratadas, e desde que o diagnóstico ocorra durante a vigência da apólice, respeitados os períodos de franquia e carência.**

1.1.2. **Será estabelecido na Proposta de Contratação e na Especificação da Apólice Seguro, se, na hipótese de um evento coberto, a indenização relativa à presente Cobertura será ou não uma antecipação da indenização do capital segurado da Cobertura de Morte (M).**

1.1.3. **No caso da Cobertura de Doenças Graves – Opção 3 (DG3) ser contratada como uma antecipação do capital segurado da Cobertura de Morte (M), o pagamento da indenização extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio, e, portanto, não haverá um segundo pagamento em decorrência da morte do segurado.**

Nota Explicativa:

• A opção de antecipação ou não da cobertura de morte deve estar definida na proposta.
• Em caso de antecipação, o pagamento da indenização por doenças graves extingue a cobertura de morte.

• Cobertura válida até 71 (setenta e um) anos de idade.

• AVC: cobertura apenas para casos com sequelas neurológicas definitivas. Não estão cobertos: AVC isquêmico transitório, infarto cerebral lacunar sem déficit neurológico ou distúrbios cognitivos isolados.

• Cirurgia de Aorta: apenas com abertura do tórax ou abdômen e implantação de material sintético.

• Cirurgia de Revascularização do Miocárdio: apenas por cirurgia aberta (by-pass); não cobre angioplastia ou toracotomia mínima.

• Troca de válvula cardíaca: apenas com cirurgia aberta, para válvulas mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar.

• Alzheimer e Parkinson: cobertura até 65 (sessenta e cinco) anos, apenas em quadros avançados, com necessidade de curador definitivo ou perda da capacidade para ao menos três atividades da vida diária. O diagnóstico inicial não garante indenização.

• Esclerose Múltipla: diagnóstico definitivo, sintomas típicos, mínimo de dois surtos (intervalo de um mês) ou um surto com internação/terapia, e comprovação laboratorial.

• Infarto Agudo do Miocárdio: exige necrose comprovada do músculo cardíaco, histórico de dores típicas, alterações no ECG e elevação de marcadores cardíacos.
• Insuficiência Renal Terminal: perda irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise ou transplante.

• Paralisia: cobertura para perda irreversível da função motora de dois ou mais

membros, exclusivamente por lesão medular.

• Transplante de órgão: cobre transplante de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea.

• Tumor cerebral benigno: cobertura apenas para casos cirúrgicos ou inoperáveis, desde que haja sequelas neurológicas permanentes.

• Câncer: cobre neoplasia maligna invasiva, leucemia e doenças malignas do sistema linfático (Doença de Hodgkin). Não cobre tumores in situ, lesões pré-malignas, NIC, displasia do cólon uterino e câncer de pele não melanoma invasivo.
• Câncer feminino: cobre neoplasia de mama, útero e ovário.

• Carência: até 6 (seis) meses. Franquia: 30 (trinta) dias a partir do diagnóstico.

2. DEFINIÇÕES

2.1. As doenças graves a seguir descritas estarão cobertas pela presente cobertura:

2.2. **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** Doença caracterizada por diminuição ou interrupção aguda do fluxo sanguíneo encefálico que resulte em morte do tecido encefálico e consequente sequela neurológica definitiva. O quadro deve ser causado pela ruptura de um vaso encefálico com extravasamento de sangue (hemorragia) ou pela obstrução de um vaso encefálico. Inclui-se na garantia o AVC provocado por embolização de vaso encefálico originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro neurológico típico e exames de imagem como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudo de circulação cerebral. As sequelas neurológicas devem ser consideradas definitivas e passíveis de verificação por meio de exames especializados para confirmação do diagnóstico. Embolização de vaso encefálico: processo em que um êmbolo (coágulo, gordura, etc.) é transportado pela corrente sanguínea e termina por obstruir um vaso do encéfalo de calibre menor. Encéfalo: conjunto formado pelo cérebro e tronco cerebral (bulbo, ponte e cerebelo). AVC isquêmicos transitórios e síndromes correlatas: situações em que o fluxo sanguíneo cerebral é diminuído, deixando de irrigar temporariamente uma parte do tecido cerebral, mas que são reversíveis; geralmente causadas por espasmos arteriais. Infarto cerebral lacunar sem déficit neurológico: pequenas áreas correspondentes a infartos do tecido cerebral, visíveis nos exames de imagem, porém em territórios que não causam sequelas neurológicas, ou seja, não têm repercussão clínica. Distúrbios cognitivos: distúrbios relacionados às capacidades de memória, atenção, percepção, raciocínio, juízo, pensamento e linguagem.

2.2.1. **Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de AVC, com sequelas neurológicas típicas da doença, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.**

2.3. **Cirurgia da Aorta:** Realização de cirurgia com abertura do tórax ou abdômen para correção de uma doença da artéria aorta que requeira a enxertia (implante) de material sintético para substituição de segmento afetado. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião vascular, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

2.3.1. **Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia da aorta tenha ocorrido no**

período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

2.4. **Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na Artéria Coronariana (By-Pass):** Realização de cirurgia cardíaca com abertura do tórax (cirurgia a céu aberto) para restauração do fluxo sanguíneo em uma ou mais artérias coronarianas obstruídas ou estenosadas, por meio de implante de ponte(s) (by-pass) vascular(es). A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião cardíaco, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem coronarianos. Coronárias estenosadas: artérias coronárias (que irrigam o músculo cardíaco) estreitadas, obstruídas. Angioplastia: procedimento realizado por meio de cateter intra-arterial que visa à dilatação ou recuperação da luz do vaso. Toracotomia mínima: pequena incisão para abertura da cavidade torácica, que serve para a entrada de instrumentos (cateteres) e câmeras de vídeo (semelhante ao que ocorre na vídeo-laparotomia).

2.4.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia de revascularização do miocárdio tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

2.5. **Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca:** Realização de cirurgia cardíaca com abertura do tórax (cirurgia a céu aberto) para substituição de uma ou mais valvas cardíacas (denominadas mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar) por válvulas artificiais, devido à estenose valvar, insuficiência valvar ou a uma combinação destes dois problemas. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião cardíaco, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames cardiológicos de imagem.

2.5.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia para troca de válvula cardíaca tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

2.6. **Doença de Alzheimer:** Diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer – demência pré-senil – antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista ou psiquiatra e confirmado por achados típicos nos exames clínicos (testes cognitivos) e de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons), de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas.

2.6.1. Para caracterização desta garantia, o Segurado deve apresentar quadro de demência avançada que demande supervisão e cuidados constantes de terceiros e o invalide definitivamente para vida cível, com necessidade de constituição legal de um curador definitivo.

2.6.2. Outra maneira de caracterização desta garantia é a Doença de Alzheimer deixar o Segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

h) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro;

i) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa;

j) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene;

k) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano;

l) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino;

m) Alimentar-se - capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida;

n) O quadro de demência avançada deve ser comprovado com apresentação de termo de curatela definitiva. As incapacidades para as atividades da vida diária devem ser simultâneas e clinicamente documentadas para diagnóstico definitivo da doença.

2.6.3. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer e manifestarem incapacidades para vida cível ou para atividades da vida diária, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da Cobertura.

2.7. **Doença de Parkinson:** Diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson primária ou idiopática, antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista e confirmado por achados típicos nos exames clínicos, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas. Doença de Parkinson primária ou idiopática: sem causa conhecida.

2.7.1. Para caracterização desta garantia, a Doença de Parkinson deve resultar em sequelas motoras que restrinjam o Segurado ao leito – incapacidade de se levantar sem ajuda externa – e que demandem supervisão e cuidados constantes de terceiros.

2.7.2. Outra maneira de caracterização desta garantia é a Doença de Parkinson deixar o Segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro;

b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa;

c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene;

d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano;

e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino;

f) Alimentar-se – capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida;

g) A restrição ao leito e as incapacidades para as atividades da vida diária devem ser clinicamente documentadas para confirmação do diagnóstico.

2.7.3. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson, com restrição ao leito ou incapacidades para atividades da vida diária, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da Cobertura.

2.8. **Esclerose Múltipla:** Diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, feito por médico neurologista, evidenciado pela presença de sinais e sintomas típicos de

desmielinização e comprometimento das funções motora e sensorial, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas. Desmielinização: que leva à perda ou destruição da bainha de mielina, substância que forma a capa gordurosa que recobre certos nervos.

2.8.1. Para caracterização desta garantia, o Segurado deve:

a) Apresentar quadro com alterações neurológicas contínuas e persistentes por, no mínimo, seis meses; ou

b) Ter apresentado, no mínimo, dois surtos da doença clinicamente bem documentados – registros de internação hospitalar ou de terapia específica para crise –, com intervalo de pelo menos um mês entre os episódios; ou

c) Ter apresentado um único surto da doença, clinicamente bem documentado - registros de internação hospitalar ou de terapia específica para crise – associado a achados característicos da doença no exame de líquor (líquido cefalorraquidiano) e lesões cerebrais típicas na ressonância nuclear magnética.

2.8.2. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado o s segurados que receberem diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

2.9. Infarto Agudo do Miocárdio: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco como consequência de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e se basear na ocorrência concomitante de: histórico de dores torácicas típicas; alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG), e elevação das enzimas cardíacas troponinas e de outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica. Segmento ST: pedaço do traçado obtido no eletrocardiograma (ECG). Troponina I ou T: proteínas que existem no músculo cardíaco que são usadas como marcadores de lesão celular (infarto). Síndrome coronariana: conjunto de sinais e sintomas característicos, causados por doença ou distúrbio das artérias coronárias. Angina (pectoris): dor no peito causada por baixo abastecimento de oxigênio para o músculo cardíaco. Infarto antigo: infarto (morte de parte do músculo cardíaco) que ocorreu no passado. Infarto silencioso: infarto que ocorre sem dor, sem percepção da vítima; geralmente constatado em um achado de exame feito ao acaso.

2.9.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de infarto agudo do miocárdio e desde que a doença tenha sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

2.10. Insuficiência Renal Terminal (Crônica): Insuficiência renal terminal (crônica) é a etapa final de diversas doenças renais, caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou de transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico nefrologista e demonstrado por exames complementares apropriados, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

2.10.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de insuficiência renal terminal

(crônica), desde que a doença causadora do quadro tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da Cobertura.

2.11. **Paralisia:** Perda total e irreversível da função motora de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada exclusivamente por lesão da medula espinhal decorrente de acidente ou doença. O quadro de paralisia (plegia) de dois ou mais membros deve ser passível de verificação por meio de exames especializados e necessita ser clinicamente documentado para confirmação do diagnóstico. O diagnóstico e a determinação do quadro de paralisia devem ser feitos por médico neurologista ou neurocirurgião, aceitos pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldados por exames especializados.

2.11.1. **Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo da paralisia, com persistência da sequela neurológica, conforme definição, desde que a doença ou o trauma causador da paralisia tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.**

2.12. **Transplante de Órgão:** Procedimento cirúrgico em que o Segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos: **coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea**. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

2.12.1. **Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia para transplante de órgão tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.**

2.13. **Tumor Cerebral Benigno:** Retirada cirúrgica de um tumor benigno do tecido encefálico, sob anestesia geral, desde que o tumor ou o procedimento cirúrgico resulte em sequela neurológica permanente. Também estão cobertos os tumores benignos do tecido encefálico considerados inoperáveis que cursem com sequela neurológica permanente. O procedimento ou diagnóstico deve ser feito por médico neurocirurgião ou neurologista e evidenciado por achados característicos em exames de imagem como tomografia axial computadorizada e ressonância magnética. As sequelas neurológicas devem ser consideradas definitivas e precisam ser clinicamente documentadas após a cirurgia ou a partir da data do diagnóstico, caso o tumor seja considerado inoperável, para confirmação do diagnóstico. Encéfalo: conjunto formado pelo cérebro e tronco cerebral (bulbo, ponte e cerebelo).

2.13.1. **Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo do tumor cerebral, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da Cobertura.**

2.14. **Câncer:** Doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas. O termo câncer é sinônimo de "neoplasia maligna" e "tumor maligno". Inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença de Hodgkin e todos os demais cânceres, conforme

definição, com exceção dos especificados no item 3.1.13. Exame histológico: exame realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças. Neoplasia intraepitelial cervical: alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer.

2.14.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de câncer e desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da Cobertura.

2.15. Todas as Doenças Graves deverão ser comprovadas por meio de resultados de exames complementares apropriados ao caso e aceitos pela comunidade médico científica, e demais documentos estabelecidos no item 9. Pagamento da Indenização destas Condições Especiais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos das coberturas desta Cobertura, 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, 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) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

e) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;

f) Eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;

g) Doenças agravadas por traumatismos;

h) Coma irreversível decorrente do uso de álcool e drogas;

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

j) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;

k) Atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes.

3.1.1. Acidente Vascular Cerebral (AVC):

a) AVC isquêmico transitório e síndromes correlatas, Acidentes Vasculares hemorrágicos e síndromes correlatas (ex.: isquemia cerebral transitória – ICT);

b) Traumatismos crânio encefálicos - danos cerebrais causados por traumas, anoxia/asfixia; PCR – parada cardiorespiratória;

c) Infartos cerebrais lacunares sem déficit neurológico;

d) Enxaquecas com sintomas neurológicos; e

e) Sequela neurológica caracterizada exclusivamente por distúrbios cognitivos /psiquiátricos que não configurem incapacidade para vida cível (sem curatela definitiva).

3.1.2. Cirurgia da Aorta:

a) Procedimentos realizados nas ramificações da aorta (o termo aorta inclui as porções torácica e abdominal da artéria aorta, mas não os seus ramos);

b) Os procedimentos realizados pelo interior do vaso (intra-arteriais) sem abertura do tórax ou abdômen;

c) Qualquer outro procedimento cirúrgico que não requeira a colocação de um enxerto; e

d) Cirurgia subsequente a ferimento traumático da artéria aorta.

3.1.3. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na Artéria Coronariana (By-Pass):

a) Angioplastia (com ou sem colocação de Stent);

b) Outros procedimentos intra-arteriais (procedimentos realizados pelo interior do vaso, sem abertura do tórax); e

c) Cirurgia por toracotomia mínima.

3.1.4. Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca:

a) Cirurgias cardíacas com preservação da válvula, como comissurotomia, comissuroplastia, valvoplastia.

3.1.5. Doença de Alzheimer:

a) Outros quadros de demência que não sejam considerados como decorrentes da Doença de Alzheimer; e

b) Diagnóstico isolado de Doença de Alzheimer, que não resulte em quadro de sequelas incapacitantes para a vida cível ou para as atividades da vida diária, conforme definição acima descrita.

3.1.6. Doença de Parkinson:

a) Todas as outras formas de Parkinsonismo que não a Doença de Parkinson primária ou idiopática, como as decorrentes de uso de medicamentos e de trauma cranioencefálico; e

b) Diagnóstico isolado de Doença de Parkinson primária ou idiopática, que não resulte em quadro de sequelas motoras que restrinjam o Segurado ao leito ou o incapacitem para as atividades da vida diária, conforme definição acima descrita.

3.1.7. Esclerose Múltipla:

a) O diagnóstico de esclerose múltipla que não se enquadre nos critérios relacionados no item 2.8 acima, para caracterização da doença.

3.1.8. Infarto Agudo do Miocárdio:

a) Quadro de infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG;

b) Quadro de infarto do miocárdio somente com elevação da troponina "I" ou "T"; e

c) Outras síndromes coronarianas agudas como angina estável ou instável. d) Infarto do miocárdio antigo ou silencioso.

3.1.9. Insuficiência Renal Terminal (Crônica):

a) Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que ainda realizado tratamento de diálise.

3.1.10. Paralisia:

a) Paralisia causada pela Síndrome de Guillain-Barré;

b) Paralisia cuja origem não é uma lesão da medula espinhal (p.ex. traumatismo cranioencefálico); e

c) Paralisia decorrente de traumas auto infligidos.

3.1.11. Transplante de Órgão:

a) Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial;

b) Transplantes de órgão de animais, não humanos;

c) Autotransplante de medula óssea;

d) Transplante de células-tronco (células embrionárias);

e) Transplante de células-beta do pâncreas; e

f) Transplante de órgãos não mencionados no item 2.12 acima.

3.1.12. Tumor Cerebral Benigno:

a) Todos os tipos de cistos intracranianos;

b) Granulomas de qualquer natureza;

c) Malformações encefálicas arteriais ou venosas;

d) Hematomas intracranianos de qualquer natureza;

e) Tumores da glândula hipófise; e

f) Tumores da medula espinhal.

3.1.13. Câncer:

a) Todos os cânceres não invasivos (in situ), lesões ou tumores pré-malignas, qualquer grau / estádio de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) – displasia do colo uterino.

b) Qualquer tipo de câncer de pele (ex.: carcinoma basocelular, carcinoma de células escamosas) que não seja melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5mm, segundo a classificação de Breslow.

c) Câncer de próstata abaixo do estádio T2 N0 M0 pela classificação TNM.

d) Sarcoma de Kaposi ou qualquer outro tumor maligno diagnosticado em um

portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

3.2. Estão expressamente excluídos desta Cobertura, as doenças diagnosticadas com data anterior ao início de vigência do seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico comprovado da doença grave.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. Após a ocorrência de um evento coberto, o capital segurado relativo a esta Cobertura não será reintegrado.

6. TÉRMINO DE COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 71 (setenta e um) anos.

7. CARÊNCIA

7.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e na Apólice.

7.2. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso a doença coberta ou a doença motivadora de cirurgia coberta ocorra durante o período de carência.

7.3. Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.

8. FRANQUIA

8.1. O período de franquia é de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do diagnóstico da doença grave.

8.2. Durante o período da franquia, o Segurado não terá direito à cobertura na hipótese da ocorrência de seu falecimento, mesmo que em decorrência de uma das doenças graves cobertas. A contagem do período de 30 (trinta) dias se iniciará na data do diagnóstico da doença grave.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Declaração do consulente/Segurado com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.

9.2. Documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada:

9.2.1. Em caso de Acidente Vascular Cerebral (AVC):

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva as sequelas neurológicas definitivas;

b) Exames complementares como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudos de circulação cerebral, que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as sequelas neurológicas.

c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

9.2.2. Em caso de Cirurgia da Aorta:

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico e o procedimento cirúrgico;

b) Exames complementares, especialmente os de imagem como arteriografia e tomografia computadorizada, que comprovem doença da aorta e respaldem a indicação de cirurgia;

c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

9.2.3. Em caso de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na Artéria Coronariana (By-Pass):

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico e o procedimento cirúrgico;

b) Exames complementares, como cateterismo e angiografia, que comprovem doença coronariana e respaldem a indicação de cirurgia cardíaca;

c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

9.2.4. Em caso de Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca:

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico e o procedimento cirúrgico;

b) Exames complementares, como ecocardiografia com doppler, que comprovem doença cardíaca valvar e respaldem a indicação de cirurgia para troca de válvula cardíaca;

c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

9.2.5. Em caso de Doença de Alzheimer:

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico, e descreva as restrições cognitivas e incapacidades definitivas para as atividades da vida diária;

b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as limitações neurológicas, tais como tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons e testes cognitivos;

c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar;

d) Termo de curatela definitiva quando houver invalidez para vida cível decorrente do quadro de Alzheimer.

9.2.6. Em caso de Doença de Parkinson:

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva as restrições motoras e incapacidades definitivas para as atividades da vida diária;

b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as limitações neurológicas;

c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

9.2.7. Em caso de Esclerose Múltipla:

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva os critérios e achados típicos que possibilitaram este diagnóstico;

b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a existência de achados característicos da doença, como ressonância nuclear magnética e líquor (líquido cefalorraquidiano);

c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

9.2.8. Em caso de Infarto Agudo do Miocárdio:

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio;

b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença. É necessária a apresentação de exames marcadores de necrose miocárdica (troponina, CK-MB, etc.) e ECG. Também devem ser enviados laudos de cintilografia do miocárdio, ecocardiografia, cateterismo cardíaco e demais exames pertinentes que tiverem sido realizados;

c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

9.2.9. Em caso de Insuficiência Renal Terminal (Crônica):

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de base e o quadro de insuficiência renal terminal (crônica);

b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e o comprometimento da função renal, como tomografia computadorizada, ultrassonografia, análises de urina, dosagens de

creatinina e ureia, etc.;

c) Relatórios e prontuários hospitalares contendo histórico dos tratamentos dialíticos.

9.2.10. **Em caso de Paralisia:**

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico de base, e descreva o exame neurológico que configura a paralisia;

b) Exames complementares, como tomografia computadorizada, ressonância magnética, etc., que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e justifiquem o quadro de paralisia;

c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

9.2.11. **Em caso de Transplante de Órgão:**

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de base e o procedimento cirúrgico realizado;

b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e justifiquem a indicação da cirurgia;

c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

9.2.12. **Em caso de Tumor Cerebral Benigno:**

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico, especifique o tipo de tumor cerebral e descreva as sequelas neurológicas definitivas;

b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem o tumor cerebral e as sequelas neurológicas. É necessária a apresentação de exame de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons ou angiografia) e laudo de exame anatomopatológico quando realizada a cirurgia;

c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação, caso realizada.

9.2.13. **Em caso de Câncer:**

a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico;

b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença. É necessária apresentação do laudo do exame anatomopatológico;

c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – CÂNCER (DG-CÂNCER)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização em caso de diagnóstico de Câncer que acometa o Segurado, conforme definições no item 2 destas Condições Especiais, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.1.1. **Somente haverá cobertura para o 1º (primeiro) diagnóstico de Câncer, e desde que o diagnóstico ocorra durante a vigência da apólice, respeitados os períodos de franquia e carência.**

1.1.2. **Será estabelecido na Proposta de Contratação e na Especificação da Apólice Seguro, se, na hipótese de um evento coberto, a indenização relativa à presente Cobertura será ou não uma antecipação da indenização do capital segurado da Cobertura de Morte (M).**

1.1.3. **No caso da Cobertura de Doenças Graves - Câncer (DG-Câncer) ser contratada como uma antecipação do capital segurado da Cobertura de Morte (M), o pagamento da indenização extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio, e, portanto, não haverá um segundo pagamento em decorrência da morte do Segurado.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Câncer:** Doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas. O termo câncer é sinônimo de "neoplasia maligna" e "tumor maligno". Inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença de Hodgkin e todos os demais cânceres, conforme definição, com exceção dos especificados no item "3. Riscos Excluídos". Exame histológico: exame realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças. Neoplasia intraepitelial cervical: alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer.

2.1.1. **Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os Segurados que receberem diagnóstico definitivo de câncer e desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da Cobertura.**

2.2. **A Doença Grave deverá ser comprovada por meio de resultados de exames complementares apropriados ao caso e aceitos pela comunidade médico científica, e demais documentos estabelecidos no item 9. Pagamento da Indenização destas Condições Especiais.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Estão expressamente excluídos das coberturas desta Cobertura, 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, 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) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

e) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;

f) Eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;

g) Doenças agravadas por traumatismos;

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

i) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;

j) Atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;

k) Todos os cânceres não invasivos (in situ), lesões ou tumores pré-malignas, qualquer grau / estádio de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) – displasia do colo uterino;

l) Qualquer tipo de câncer de pele (ex.: carcinoma basocelular, carcinoma de células escamosas) que não seja melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5mm, segundo a classificação de Breslow;

m) Câncer de próstata abaixo do estádio T2 N0 M0 pela classificação TNM;

n) Sarcoma de Kaposi ou qualquer outro tumor maligno diagnosticado em um portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

3.2. Está expressamente excluído desta Cobertura, o Câncer diagnosticado com data anterior ao início de vigência do seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico comprovado do Câncer.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado relativo a esta Cobertura não será reintegrado.

6. TÉRMINO DE COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 71 (setenta e um) anos.

7. CARÊNCIA

7.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e na Apólice.

7.2. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso a doença coberta ocorra durante o período de carência.

7.3. Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.

8. FRANQUIA

8.1. O período de franquia é de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do diagnóstico da doença grave.

8.2. Durante o período da franquia, o Segurado não terá direito à cobertura na hipótese da ocorrência de seu falecimento. A contagem do período de 30 (trinta) dias se iniciará na data do diagnóstico da doença grave.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Declaração do consulente/Segurado com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.
- Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do Segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico;
- Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença. É necessária apresentação do laudo do exame anatomopatológico;
- Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – CÂNCER FEMININO (DG-CÂNCER FEMININO)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante à Segurada o pagamento de uma indenização em caso de diagnóstico de Câncer Feminino que acometa a Segurada, conforme definições no item 2 destas Condições Especiais, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.1.1. **Somente haverá cobertura para o 1º (primeiro) diagnóstico do Câncer Feminino, e desde que o diagnóstico ocorra durante a vigência da apólice, respeitados os períodos de franquia e carência.**

1.1.2. **Será estabelecido na Proposta de Contratação e na Especificação da Apólice de Seguro, se, na hipótese de um evento coberto, a indenização relativa à presente Cobertura será ou não uma antecipação da indenização do capital segurado da Cobertura de Morte (M).**

1.1.3. **No caso da Cobertura de Doenças Graves - Câncer Feminino (DG-Câncer Feminino) ser contratada como uma antecipação do capital segurado da Cobertura de Morte (M), o pagamento da indenização extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio, e, portanto, não haverá um segundo pagamento em decorrência da morte da Segurada.**

Nota Explicativa:

• A opção de antecipação ou não da cobertura de morte deve estar definida na proposta.
• Em caso de antecipação, o pagamento da indenização por doenças graves extingue a cobertura de morte.

• Cobertura válida até 71 (setenta e um) anos de idade.

• AVC: cobertura apenas para casos com sequelas neurológicas definitivas. Não estão cobertos: AVC isquêmico transitório, infarto cerebral lacunar sem déficit neurológico ou distúrbios cognitivos isolados.

• Cirurgia de Aorta: apenas com abertura do tórax ou abdômen e implantação de material sintético.

• Cirurgia de Revascularização do Miocárdio: apenas por cirurgia aberta (by-pass); não cobre angioplastia ou toracotomia mínima.

• Troca de válvula cardíaca: apenas com cirurgia aberta, para válvulas mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar.

• Alzheimer e Parkinson: cobertura até 65 (sessenta e cinco) anos, apenas em quadros avançados, com necessidade de curador definitivo ou perda da capacidade para ao menos três atividades da vida diária. O diagnóstico inicial não garante indenização.

• Esclerose Múltipla: diagnóstico definitivo, sintomas típicos, mínimo de dois surtos (intervalo de um mês) ou um surto com internação/terapia, e comprovação laboratorial.

• Infarto Agudo do Miocárdio: exige necrose comprovada do músculo cardíaco, histórico de dores típicas, alterações no ECG e elevação de marcadores cardíacos.
• Insuficiência Renal Terminal: perda irreversível da função de ambos os rins, com

necessidade de diálise ou transplante.

• Paralisia: cobertura para perda irreversível da função motora de dois ou mais membros, exclusivamente por lesão medular.

• Transplante de órgão: cobre transplante de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea.

• Tumor cerebral benigno: cobertura apenas para casos cirúrgicos ou inoperáveis, desde que haja sequelas neurológicas permanentes.

• Câncer: cobre neoplasia maligna invasiva, leucemia e doenças malignas do sistema linfático (Doença de Hodgkin). Não cobre tumores in situ, lesões pré-malignas, NIC, displasia do cólon uterino e câncer de pele não melanoma invasivo.
• Câncer feminino: cobre neoplasia de mama, útero e ovário.

• Carência: até 6 (seis) meses. Franquia: 30 (trinta) dias a partir do diagnóstico.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Câncer Feminino:** Doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas. O termo câncer é sinônimo de "neoplasia maligna" e "tumor maligno". Inclui as neoplasias malignas amparadas por esta Cobertura são exclusivamente: **Mama, Útero e Ovário**. Exame histológico: exame realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças. Neoplasia intra-epitelial cervical: alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer.

2.1.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado as Seguradas que receberem diagnóstico definitivo de câncer feminino e desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da Cobertura.

2.2. A Doença Grave deverá ser comprovada por meio de resultados de exames complementares apropriados ao caso e aceitos pela comunidade médico científica, e demais documentos estabelecidos no item 9, Pagamento da Indenização destas Condições Especiais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos das coberturas desta Cobertura, 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, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento da Segurada e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pela Segurada antes da contratação do seguro;

d) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

e) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;

f) Eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;

g) Doenças agravadas por traumatismos;

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

i) Atos ilícitos dolosos praticados pela Segurada, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;

j) Atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;

k) Melanoma não invasivo, sarcoma de kaposi, queratose actínica, leucoplasia oral, papilomatose oral florida, doença de Bowen, eritroplasia de Queyrat, Corno cutâneo, queratoacantoma, carcinoma basocelular e espinocelular; carcinomas in situ (alteração do crescimento de superfícies epiteliais, em que as células normais são substituídas por células anaplásticas sem as características de comportamento da neoplasia, como invasão ou metástases), qualquer tipo de displasia e outras lesões pré-neopláticas de qualquer órgão e/ou tecido. Qualquer tipo de leucemia. Qualquer tipo de câncer benigno.

3.2. Está expressamente excluído desta Cobertura, o Câncer Feminino diagnosticado com data anterior ao início de vigência do seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico comprovado do Câncer Feminino.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado relativo a esta Cobertura não será reintegrado.

6. TÉRMINO DE COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando a Segurada atingir a idade de 71 (setenta e um) anos.

7. CARÊNCIA

7.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e na Apólice.

7.2. A Segurada não terá direito a nenhuma indenização caso a doença coberta ocorra durante o período de carência.

7.3. Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.

8. FRANQUIA

8.1. O período de franquia é de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do diagnóstico da doença grave.

8.2. Durante o período da franquia, a Segurada não terá direito à cobertura na hipótese da ocorrência de seu falecimento. A contagem do período de 30 (trinta) dias se iniciará na data do diagnóstico da doença grave.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurada;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurada;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurada;
- Declaração do consulente/Segurada com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.
- Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente da Segurada, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico;
- Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença. É necessária apresentação do laudo do exame anatomopatológico;
- Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

9.2. Não será paga Indenização com base em diagnóstico feito por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência da Segurada, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização no caso sua Invalidez Permanente por Acidente, **em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Invalidez Permanente por Acidente:** para fins desta Cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, **parcial ou total**, de um dos membros ou órgãos do Segurado previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, **conforme item 8** 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.

2.2. A indenização será paga aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau de invalidez previstas para referido órgão/membro na Tabela para Cálculo de Percentuais de indenização em caso de invalidez permanente parcial ou total por acidente e ainda aplicados sobre o **capital segurado** vigente na data da ocorrência do acidente.

2.3. Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de indenização em caso de invalidez permanente parcial ou total por acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do capital segurado contratado.

2.4. **Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta Cobertura. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.**

2.5. **A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização total.**

2.5.1. **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 EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, 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) 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo 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) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

k) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

l) Acidente Vascular Cerebral;

m) 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;

n) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;

o) Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto

p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

q) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;

r) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto de **invalidez permanente parcial,** sem cobrança de Prêmio adicional.

6. TÉRMINO DE COBERTURA

6.1. **Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 71 (setenta e um) anos.**

7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

7.1. **As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de pagar uma indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor da indenização a ser paga pela morte, em uma ou mais Coberturas.**

8. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de 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: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-Peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente ½, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
	- De 3 (três) centímetros	06
	- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO

MANDÍBULA **Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos**	
Em grau mínimo	05
Em grau médio	10
Em grau máximo	20
Nariz	
Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
Aparelho Visual E Anexos Do Olho	
Diplopia	15
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópico unilateral	07
Entrópico bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
Aparelho da fonação	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Sistema Auditivo	
Amputação total de uma orelha	08
Amputação total das duas orelhas	16
Baço	
Perda do Baço	15
Aparelho Urinário	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
Cistostomia (definitiva)	30
Incontinência urinária permanente	30
Perda de um rim, com rim remanescente	
com função renal preservada	30
Redução da função renal (não dialítica)	50
Redução da função renal (dialítica)	75
Perda de rim único	75

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
	Aparelho genital e reprodutor	
	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	05
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30

Perda do útero depois da menopausa	10
Pescoço	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Traqueostomia definitiva	40
Tórax - Aparelho Respiratório	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Tórax - Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total)	
com função respiratória preservada	15
com redução em grau mínimo da função respiratória	25
com redução em grau médio da função respiratória	50
com insuficiência respiratória	75
MAMAS (FEMININAS)	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colestomia definitiva	40
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FÍGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05

9. CARÊNCIA E FRANQUIA

9.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta Cobertura.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, 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;
- Radiografias, relatórios e exames médicos recentes, que comprovem a invalidez, assinado pelo médico assistente, com a indicação do CRM e das características do grau de invalidez;
- Declaração do consulente/Segurado com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.

10.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização, no caso de sua Invalidez Permanente Total por Acidente, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Invalidez Permanente Total por Acidente:** para fins desta Cobertura 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 7** 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.

2.2. **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 Cobertura.**

2.3. **A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização total.**

2.3.1. **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 EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, 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) **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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo 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) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

k) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

l) Acidente Vascular Cerebral;

m) 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;

n) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;

o) Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;

p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos

q) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;

r) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. TÉRMINO DE COBERTURA

5.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 71 (setenta e um) anos.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de pagar uma indenização por invalidez

permanente por acidente, seja parcial ou total, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor da indenização a ser paga pela morte, em uma ou mais Coberturas.

7. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

8. CARÊNCIA E FRANQUIA

8.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta Cobertura.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial;
- Cópia simples da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia simples do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografias, relatórios e exames médicos recentes, que comprovem a invalidez, assinado pelo médico assistente, com a indicação do CRM e das características do grau de invalidez;
- Declaração do consulente/Segurado com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.

9.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA - FUNCIONAL (IPD-F)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização no caso de sua Invalidez Funcional Total e Permanente, em consequência de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos desta Cobertura, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.2. **O pagamento da indenização relativa a esta Cobertura extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Agravo Mórbido:** piora de uma doença.

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

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

2.4. **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho por meio 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 por Doença - Funcional, o peso e a altura do Segurado.

2.12. **Deambular:** ato de andar livremente.

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

2.14. **Deficiência Visual:** perda ou redução de capacidade visual em ambos os olhos em caráter definitivo, que não possa ser melhorada ou corrigida com uso de lentes, tratamento clínico ou cirúrgico.

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 que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

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:** estado 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 ele 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, como 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.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Considera-se como Risco Coberto, 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 Autonômicas do Segurado.

3.1.1. 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 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:

- 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 60º;
- 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.

3.2.1. 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 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

3.2.1.1. 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.

3.2.1.2. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

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

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

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, 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 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, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação;**

d) **Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:**

- **Do início de vigência individual do seguro; ou**
- **Da solicitação de aumento de capital segurado. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo 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;

l) 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;

m) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa ou a concausa (determinante) seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional e/ou aquelas relacionadas no Quadro de Doenças Ocupacionais / Lei Previdenciária nº 8.213/91 que normatiza o direito por doença do trabalho ou doença profissional.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data indicada na Declaração Médica, como sendo a data a partir da qual a evolução do quadro de saúde do Segurado passou a enquadrar-se na pontuação da Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos igual ou superior a 60 (sessenta) pontos, devidamente justificada e aceita, ou a data de constatação de um dos quadros previstos no item 3.1.1, desta Cobertura. A data da invalidez por doença – funcional será determinada 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.

6. TÉRMINO DE COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 71 (setenta e um) anos.

7. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

7.1. 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.

7.2. 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.

7.3. 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.

8. CARÊNCIA

8.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice.

8.2. Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.

9. FRANQUIA

9.1. Não há prazo de franquia para esta Cobertura.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, 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.

10.2. Reconhecida a invalidez funcional pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez ou sob a forma de renda certa temporária, em prestações mensais, iguais e sucessivas, conforme definido na Proposta de Contratação.

10.2.1. Os capitais segurados pagos sob forma de renda serão, a partir da data de sua concessão, atualizados anualmente, com base no índice pactuado, e acrescido do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

Anexo à Cobertura de Invalidez por Doença – Funcional
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 (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1° GRAU: o Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2° GRAU: o Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3° GRAU: o Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas 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	PONTOS
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC - índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 (dois) fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização em caso de rescisão do Contrato de trabalho do Segurado por parte do empregador, não motivada por justa causa, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.1.1. **A Cobertura de Desemprego Involuntário (DI) não indeniza eventos de desemprego decorrentes da extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017.**

2. CONDIÇÕES DE COBERTURA

2.1. **São elegíveis a esta Cobertura os segurados com vínculo empregatício exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) com período mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos de duração do Contrato de Trabalho para o atual empregador.**

2.1.1. **A qualquer tempo, constatado pela Seguradora que o Segurado não tinha, em algum período da vigência do seguro, o vínculo empregatício mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos, o(s) valor(es) do(s) prêmio(s) pago(s) indevidamente por esta Cobertura será(ão) devolvido(s) atualizado(s) nos termos da regulamentação específica.**

2.1.2. **Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, a partir da data de extinção do contrato de trabalho.**

2.2. **O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa jurídica, através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais.**

2.3. **Para recebimento da indenização, além do requisito dos subitens 2.1 e 2.2 acima, o Segurado deverá permanecer na condição de desempregado pelo período de 60 (sessenta) dias correspondentes à Franquia, bem como pelo período adicional estabelecido contratualmente, correspondente ao número de parcelas indenizáveis.**

2.4. **Após um evento de desemprego involuntário indenizado, a Cobertura de Desemprego Involuntário – DI será automaticamente cancelada e o prêmio correspondente descontado das parcelas a vencer.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) **Extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017;**

b) **Pedido de demissão pelo empregado;**

c) **Adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;**

d) **Acordo entre empregado e empregador;**

e) **Dispensa do empregado por justa causa;**

f) Jubilação, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;

g) Perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;

h) Prestação de Serviço Militar;

i) Campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses;

j) Extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);

k) Dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista.

l) Segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme item 2.

m) Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na Carteira Profissional;

n) Proponentes que tenham cargo público com estabilidade;

o) Militares que sejam exonerados de suas funções;

p) Proponentes que sejam vinculados ao empregador por contrato de trabalho temporário, provisório ou por prazo determinado; estagiários, aposentados que não estejam exercendo atividade profissional com registro em carteira, pensionistas, autônomos e profissionais liberais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado desta Cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor de uma parcela e uma quantidade máxima de parcelas mensais contratados.

4.1.1. As parcelas serão indenizadas mensalmente, enquanto o Segurado permanecer na condição de desempregado, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente de o aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado relativo a esta Cobertura não será reintegrado.

6. TÉRMINO DE COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 66 (sessenta e seis) anos.

7. CARÊNCIA

7.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice.

7.2. Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.

8. FRANQUIA

8.1. Esta cobertura está sujeita à aplicação de um período de franquia, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice, e será contado a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folha posterior ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer 31 dias após a data da demissão) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; (*)
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- Autorização de Movimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- Declaração do consulente/Segurado com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.

(*) Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da indenização.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (ITTAD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, em decorrência de Acidente Pessoal ou Doença, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

Nota Explicativa

- Esta cobertura é exclusiva para profissionais autônomos e liberais regulamentados e limitada à profissão ou ocupação exercida durante o tratamento médico.
- Um novo evento só pode ser indenizado após 6 (seis) meses do anterior. Afastamentos com intervalo inferior a 90 (noventa) dias são considerados o mesmo evento.
- Para análise do sinistro, é indispensável apresentar comprovantes de renda (INSS, RPA, Carnê-Leão ou declaração de imposto de renda) e documentos fiscais/contábeis dos 3 (três) meses anteriores ao afastamento.
- O capital segurado corresponde ao valor de uma parcela mensal, limitado à quantidade máxima contratada.
- Cobertura válida até 66 (sessenta e seis) anos de idade.

2. CONDIÇÕES DE COBERTURA

2.1. **Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado, profissionais autônomos e liberais regulamentados conforme definido no item 3.30 das Condições Gerais.**

2.2. **Após um evento de Incapacidade Física Total e Temporária 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. **Estão excluídos da presente Cobertura, 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, 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.

h) 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;

i) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;

j) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;

k) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;

l) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;

m) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;

n) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;

o) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);

p) 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;

q) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

r) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

s) 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;

t) Doenças da coluna vertebral: lombalgia ou dorsalgia, radiculopatias, ciatalgia (dor ciática) ou lombociatalgia, hérnia de disco ou protusão discal, espondilite anquilosante, espondilopatias degenerativas e neurites;

u) Entesopatia;

v) Entorsões, distensões, contusões;

w) Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;

x) Fraturas patológicas;

y) Lesões Intra-articulares de joelho;

z) Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;

aa) Luxação de Ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);

bb) Síndromes compressivas nervosas;

cc) Diálises e hemodiálises;

dd) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências decorrente de doença;

ee) Gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou suas consequências, desde que não decorrentes de acidentes pessoais;

ff) As 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 risco coberto;

gg) Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, incluindo gastroplastia redutora, excetua gastroplastia em casos de síndrome metabólica;

hh) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;

ii) Estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;

jj) Doenças mentais ou psiquiátricas;

kk) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;

ll) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes de prática de esportes em eventos oficiais e federados com o aparato de atendimento médico de urgência;

mm) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados;

nn) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado desta Cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor de uma parcela e uma quantidade máxima de parcelas mensais contratados.

4.1.1. As parcelas serão indenizadas mensalmente enquanto o Segurado permanecer impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado a data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa, por determinação médica.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 2.2 acima.

5.2. 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.

6. TÉRMINO DE COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 66 (sessenta e seis) anos.

7. CARÊNCIA

7.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice.

7.1.1. Não há prazo de carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal, exceto para a tentativa de suicídio ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice.

7.2. Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.

8. FRANQUIA

8.1. Esta cobertura está sujeita à aplicação de um período de franquia, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice, e será contado a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de exercer a sua profissão ou ocupação.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- Exames médicos complementares realizados;
- 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;
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento;
- Declaração do Segurado com a informação de telefone e endereço de e-mail, caso houver.

Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. **Esta Cobertura não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente (ITTA).**

10.2. **Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.**

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (ITTA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, **em decorrência exclusivamente de Acidente Pessoal, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

Nota Explicativa

- Cobertura disponível apenas para profissionais autônomos e liberais regulamentados, limitada à atividade exercida durante o tratamento.
- Novo evento só é indenizável após 6 (seis) meses do anterior. Eventos com intervalo inferior a 90 (noventa) dias são considerados o mesmo.
- Exige comprovação de renda e atividade profissional nos 3 (três) meses anteriores ao afastamento.
- Cobertura cessa aos 66 (sessenta e seis) anos.
- O capital segurado equivale a uma parcela mensal, limitado ao máximo contratado.

2. CONDIÇÕES DE COBERTURA

2.1. **Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado, profissionais autônomos e liberais regulamentados conforme definido no item 3.30 das Condições Gerais.**

2.2. **Após um evento de Incapacidade Física Total e Temporária 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 expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também 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 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) **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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.

h) Acidente Vascular Cerebral;

i) 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;

j) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;

k) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;

l) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal ocorridos dentro do período de vigência do seguro;

m) 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;

n) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

o) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

p) 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;

q) Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;

r) Entesopatia;

s) Entorsões, distensões, contusões;

t) Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;

u) Fraturas patológicas;

v) Lesões Infra-articulares de joelho;

w) Luxação de Ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);

x) Síndromes compressivas nervosas;

y) Danos estéticos;

z) As 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 risco coberto;

aa) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;

bb) Estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;

cc) Doenças mentais ou psiquiátricas;

dd) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;

ee) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes de prática de esportes em eventos oficiais e federados com o aparato de atendimento médico de urgência;

ff) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados;

gg) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado desta Cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor de uma parcela e uma quantidade máxima de parcelas mensais contratados.

4.1.1. As parcelas serão indenizadas mensalmente enquanto o Segurado permanecer impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação em decorrência de Acidente Pessoal coberto, durante o período em que estiver sob tratamento médico, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 2.2 acima.

5.2. 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.

6. TÉRMINO DE COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 66 (sessenta e seis)

anos.

7. CARÊNCIA

7.1. Não há prazo de carência para esta Cobertura.

8. FRANQUIA

8.1. **Esta cobertura está sujeita à aplicação de um período de franquia, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice, e será contado a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de exercer a sua profissão ou ocupação.**

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- Exames médicos complementares realizados;
- 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;
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento;
- Declaração do Segurado com a informação de telefone e endereço de e-mail, caso houver.

Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. **Esta Cobertura não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença (ITTAD).**

10.2. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DITAD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de afastamento que ocasione a perda ou redução de sua renda, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. **O valor da Diária por Incapacidade Temporária contratada deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação desta Cobertura ou na abertura do Sinistro, ficando esta definição a cargo da Seguradora. Se 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.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Estão excluídos da presente Cobertura, 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, 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;**

f) **Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.

h) 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;

i) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;

j) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;

k) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;

l) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;

m) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;

n) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;

o) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);

p) 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;

q) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

r) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

s) 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;

t) Doenças da coluna vertebral: lombalgia ou dorsalgia, radiculopatias, ciatalgia (dor ciática) ou lombociatalgia, hérnia de disco ou protusão discal, espondilite anquilosante, espondilopatias degenerativas e neurites;

u) Entesopatia;

v) Entorsões, distensões, contusões;

w) Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;

x) Fraturas patológicas;

y) Lesões Infra-articulares de joelho;

z) Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;

aa) Luxação de Ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);

bb) Síndromes compressivas nervosas;

cc) Diálises e hemodiálises;

dd) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências decorrente de doença;

ee) Gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou suas consequências, desde que não decorrentes de acidentes pessoais;

ff) As 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 risco coberto;

gg) Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, incluindo gastroplastia redutora, excetua gastroplastia em casos de síndrome metabólica;

hh) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;

ii) Estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;

jj) Doenças mentais ou psiquiátricas;

kk) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;

ll) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes de prática de esportes em eventos oficiais e federados com o aparato de atendimento médico de urgência;

mm) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados;

nn) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor de uma diária e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos na Proposta de Contratação.

3.1.1. As diárias serão indenizadas enquanto o Segurado permanecer impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis.

3.1.2. O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto, para esta cobertura será fixado na Proposta de Contratação, bem como na Apólice Individual, e não poderá ser superior a:

a) 90 (noventa) dias, durante a vigência do Contrato de Seguro, independentemente do período de afastamento prescrito, nos casos de eventos decorrentes de lesões classificadas sob a nomenclatura de L.E.R (Lesão por Esforço Repetitivo), D.O.R.T (Distúrbio Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), L.T.C (Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo), Tendinopatias, Sinovite, Epicondilite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-cientifica, bem como suas consequências e tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

b) 60 (noventa) dias, durante a vigência do Contrato de Seguro, independentemente do período de afastamento prescrito, nos casos de eventos decorrentes de Doença de Alzheimer, doença de Parkinson, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, atrofia muscular espinhal, distrofia muscular, espondilite anquilosante, lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide, fibromialgia, osteoartrose (coluna vertebral, quadril, joelho), tendinopatias (punho, cotovelo, ombro) e fasceíte plantar;

c) Até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, conforme proposta de contratação, para ocorrência dos demais Eventos Cobertos decorrentes de acidente ou doença, exceto aqueles previstos no item, 'O que não está coberto', desta Cobertura. O limite de 365 diárias é por evento, não havendo continuidade de diárias se o segurado ficar novamente afastado em decorrência do mesmo evento.

3.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado a data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa, por determinação médica.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado até 2 (duas) vezes durante a vigência do seguro, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

4.2. 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.

5. TÉRMINO DE COBERTURA

5.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 66 (sessenta e seis) anos.

6. CARÊNCIA

6.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice.

6.1.1. Não há prazo de carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal, exceto para a tentativa de suicídio ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice.

6.1.2. Para eventos decorrentes de lesões classificadas sob a nomenclatura de L.E.R (Lesão por Esforço Repetitivo), D.O.R.T (Distúrbio Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), L.T.C (Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo), Tendinopatias, Sinovite, Epicondilite ou similares que venham a ser aceitas pela

classe médico-cientifica, bem como suas consequências e tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo, será considerado um período de carência de 6 (seis) meses.

6.2. Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.

7. FRANQUIA

7.1. O período de franquia é de 15 (quinze) dias ininterruptos por evento, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de exercer a sua profissão ou ocupação.

7.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de Franquia, respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- Exames médicos complementares realizados;
- 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;
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento;
- Declaração do Segurado com a informação de telefone e endereço de e-mail, caso houver.

Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização quinzenal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

8.2. Os pagamentos de indenização referentes a esta cobertura serão realizados conforme

segue:

8.2.1. Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, mediante a apresentação de relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo Segurado a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao Médico Assistente.

8.2.2. Nos casos em que o período de Incapacidade Temporária não superar 30 (trinta) dias, a seguradora providenciará um único pagamento, no valor correspondente ao número de dias que o Segurado permaneceu afastado, a contar do período posterior à franquia do plano contratado, até a alta médica ou à utilização do Limite de Diárias estabelecidas nesta Condição Geral.

8.2.3. A seguradora efetuará o pagamento das diárias às quais o Segurado tenha direito, de acordo com a Incapacidade Temporária, desde que assim justificadas por relatório médico, Auditoria Médica e, se necessário, exames complementares.

8.2.4. A seguradora poderá indicar perícia médica para os casos em que não haja determinação da quantidade de diárias necessárias para retorno às atividades profissionais ou em caso de discordância da quantidade apontada pelo médico assistente do segurado.

8.2.4.1. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

8.2.5. Nos casos de múltiplas lesões, consequentes do mesmo evento coberto, a seguradora reconhecerá a mais grave entre elas, ou seja, aquela em que determinar o maior período de afastamento por Incapacidade Temporária do Segurado no exercício de suas atividades profissionais, **não havendo acúmulo no valor das diárias**.

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. **Esta Cobertura não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA).**

9.2. **Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.**

COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de afastamento, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação **em decorrência exclusivamente de Acidente Pessoal**, durante o período em que estiver sob tratamento médico**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.2. **O valor da Diária por Incapacidade Temporária contratada deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação desta Cobertura ou na abertura do Sinistro, ficando esta definição a cargo da Seguradora. 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.**

Nota Explicativa

- O valor da diária deve ser compatível com a renda mensal comprovada pelo segurado.
- Em caso de múltiplas lesões, será considerada a mais grave, sem acúmulo de diárias.
- É obrigatória a apresentação de documentos que comprovem a renda. A não veracidade das informações pode levar à perda do direito à cobertura.
- Permite reintegração de até duas vezes durante a vigência do contrato.
- Eventos com intervalo inferior a 90 (noventa) dias após o retorno às atividades são considerados o mesmo.
- Cobertura válida até 66 (sessenta e seis) anos. Carência de 6 (seis) meses para LER/DORT/tendinopatia; franquia de 15 (quinze) dias.
- Para acidentes, não há carência (exceto suicídio).

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também 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 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) 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.

h) Acidente Vascular Cerebral;

i) 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;

j) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;

k) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;

l) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal ocorridos dentro do período de vigência do seguro;

m) 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;

n) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

o) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

p) 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;

q) Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;

r) Entesopatia;

s) Entorsões, distensões, contusões;

t) Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;

u) Fraturas patológicas;

v) Lesões Infra-articulares de joelho;

w) Luxação de Ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);

x) Síndromes compressivas nervosas;

y) Danos estéticos;

z) As 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 risco coberto;

aa) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;

bb) Estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;

cc) Doenças mentais ou psiquiátricas;

dd) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;

ee) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes de prática de esportes em eventos oficiais e federados com o aparato de atendimento médico de urgência;

ff) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados;

gg) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde;

hh) Lesões classificadas sob a nomenclatura de L.E.R (Lesão por Esforço Repetitivo), D.O.R.T (Distúrbio Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), L.T.C (Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo), Tendinopatias, Sinovite, Epicondilite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-cientifica, bem como suas consequências e tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor de uma diária e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos na Proposta de Contratação.

3.1.1. As diárias serão indenizadas enquanto o Segurado permanecer impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação em decorrência de Acidente Pessoal coberto, durante o período em que estiver sob tratamento médico, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis.

3.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado até 3 vezes durante a vigência do seguro, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

4.2. 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.

5. TÉRMINO DE COBERTURA

5.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 66 (sessenta e seis) anos.

6. CARÊNCIA

6.1. Não há prazo de carência para esta Cobertura.

7. FRANQUIA

7.1. O período de franquia é de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de exercer a sua profissão ou ocupação.

7.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de Franquia, respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- Exames médicos complementares realizados;
- 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;
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;

- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento;
- Declaração do Segurado com a informação de telefone e endereço de e-mail, caso

houver.

Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização quinzenal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

8.2. Os pagamentos de indenização referentes a esta cobertura serão realizados conforme segue:

8.2.1. Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, mediante a apresentação de relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo Segurado a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao Médico Assistente.

8.2.2. Nos casos em que o período de Incapacidade Temporária não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora providenciará um único pagamento, no valor correspondente ao número de dias que o Segurado permaneceu afastado, a contar do período posterior à franquia do plano contratado, até a alta médica ou a utilização do Limite de Diárias estabelecidas nesta Condição Geral.

8.2.3. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias às quais o Segurado tenha direito, de acordo com a Incapacidade Temporária, desde que assim justificadas por relatório médico, Auditoria Médica e, se necessário, exames complementares.

8.2.4. A Seguradora poderá indicar perícia médica para os casos em que não haja determinação da quantidade de diárias necessárias para retorno às atividades profissionais ou em caso de discordância da quantidade apontada pelo médico assistente do segurado.

8.2.4.1. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a Seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

8.2.5. Nos casos de múltiplas lesões, consequentes do mesmo evento coberto, a Seguradora reconhecerá a mais grave entre elas, ou seja, aquela em que determinar o maior período de afastamento por Incapacidade Temporária do Segurado no exercício de suas atividades profissionais, não havendo acúmulo no valor das diárias.

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

8.2.7. 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.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Esta Cobertura não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD).

9.2. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIHAD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de internação do Segurado, no caso de sua hospitalização, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

Nota Explicativa

- Cobertura exclusiva para hospitalizações emergenciais, não eletivas, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial.
- Mesmos eventos com intervalo inferior a 12 (doze) meses são considerados o mesmo.
- Cobertura válida até 66 (sessenta e seis) anos.
- Franquia: 48 (quarenta e oito) horas contadas do início da internação hospitalar.
- Em caso de falecimento durante o período de internação, as diárias devidas serão pagas aos beneficiários.

2. CONDIÇÕES DE COBERTURA

2.1. **Esta Cobertura cobre a internação hospitalar emergencial (não eletiva) exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, durante a vigência do seguro.**

2.2. **Por não serem consideradas internações hospitalares ou riscos cobertos, não serão reconhecidas as internações ocorridas em:**

- **qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital no item 3.16. das Condições Gerais;**
- **Instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;**
- **casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;**

1.1 clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou "SPAs";

- **"Home Care" (internação domiciliar).**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Estão excluídos da presente Cobertura, 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, 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.

h) 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;

i) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;

j) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;

k) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;

l) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;

m) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;

n) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);

o) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, 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;

p) Doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”;

1.2 Internações domiciliares (Home-Care);

q) Internação em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos,

incluindo asilo e casas de repouso;

r) Internação para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica;

s) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como de intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

t) Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;

u) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;

v) Atos contrários a lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor de uma diária de hospitalização e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos na Proposta de Contratação.

4.1.1. As diárias de hospitalização serão indenizadas enquanto o Segurado permanecer internado, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis.

4.2. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

4.3. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

4.4. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, o primeiro dia da Hospitalização.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. TÉRMINO DE COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 66 (sessenta e seis) anos.

7. CARÊNCIA

7.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice.

7.1.1. Não há prazo de carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal, exceto para a tentativa de suicídio ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice.

7.2. Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.

8. FRANQUIA

8.1. O período de Franquia é de 48 (quarenta e oito) horas ininterruptas por evento, e será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado, por determinação médica.

8.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de Franquia, respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria (ou quarto particular) e UTI;
- Cópia dos exames médicos complementares realizados;
- Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- Cópia simples da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia simples do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Declaração do Segurado com a informação de telefone e endereço de e-mail, caso houver.

Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

9.2. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), 50% (cinquenta por cento) ao cônjuge e 50% (cinquenta por cento) aos herdeiros do Segurado.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. A Cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIHAD) não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) ou com a Cobertura de Diária por Internação Hospitalar em UTI por Acidente (DIHA-UTI).

10.2. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIHAD-UTI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de internação do Segurado, no caso de sua hospitalização em uma Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. As indenizações por evento coberto por esta Cobertura e pela Cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIHAD) se acumulam, se contratadas ambas as Coberturas.

1.1.2. Para efeito desta Cobertura, a internação hospitalar em UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), tem início com a comprovação médica da hospitalização do Segurado em UTI por um período mínimo de 12 (doze) horas consecutivas, e termina com a saída do paciente da UTI, mesmo que para o prosseguimento do tratamento internado, observados os limites estabelecidos na Apólice.

1.1.3. **A indenização será paga somente após alta médica, para apuração das diárias de internação em UTI.**

Nota Explicativa

- **Cobertura para internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), podendo ser acumulada à DIHAD, se ambas contratadas.**
- **Exige permanência mínima de 12 (doze) horas em UTI, com pagamento somente após alta médica.**
- **O tratamento deve ser devidamente justificado em laudo médico.**
- **Não cobre internações por senilidade, doenças mentais ou infecções oportunistas (SIDA/AIDS).**
- **Cobertura válida até 66 (sessenta e seis) anos.**
- **Carência de até 6 (seis) meses conforme proposta; franquia de 48 (quarenta e oito) horas por evento.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) **Diárias de internação fora da UTI e/ou referente a tratamentos que não exijam a internação em UTI;**

b) **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;**

c) **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;**

d) 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;

e) 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. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado;

f) 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

g) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

h) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.

i) 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;

j) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;

k) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;

l) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;

m) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;

n) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;

o) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);

p) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, 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;

q) Doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”;

1.3 Internações domiciliares (Home-Care);

r)Internação em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilo e casas de repouso;

s) Internação para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica;

t) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como de intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

u) Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;

v) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;

w) Atos contrários a lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor de uma diária de hospitalização em UTI e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos na Proposta de Contratação.

3.1.1. As diárias de hospitalização serão indenizadas enquanto o Segurado permanecer internado em UTI, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis.

3.2. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

3.3. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

3.4. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, o primeiro dia da Hospitalização na UTI.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5. TÉRMINO DE COBERTURA

5.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 66 (sessenta e seis) anos.

6. CARÊNCIA

6.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice.

6.1.1. Não há prazo de carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal, exceto para a tentativa de suicídio ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice.

6.2. Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.

7. FRANQUIA

7.1. O período de Franquia é de 48 (quarenta e oito) horas ininterruptas por evento, e será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado, por determinação médica.

7.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de Franquia, respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria (ou quarto particular) e de UTI;
- Cópia dos exames médicos complementares realizados;
- Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- Cópia simples da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia simples do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Declaração do Segurado com a informação de telefone e endereço de e-mail, caso houver.

Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

8.2. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), 50% (cinquenta por cento) ao cônjuge e 50% (cinquenta por cento) aos herdeiros do Segurado.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. A Cobertura de Diária por Internação Hospitalar em UTI por Acidente ou Doença (DIHAD-UTI) não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) ou com a Cobertura de Diária por Internação Hospitalar em UTI por Acidente (DIHA-UTI).

9.2. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de internação do Segurado, no caso de sua hospitalização **causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. CONDIÇÕES DE COBERTURA

2.1. **Esta Cobertura cobre a internação hospitalar emergencial por Acidente Pessoal (não eletiva) exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, durante a vigência do seguro.**

2.2. **Por não serem consideradas internações hospitalares ou riscos cobertos, não serão reconhecidas as internações ocorridas em:**

- **qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital no item 3.16 das Condições Gerais;**
- **Instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;**
- **casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;**

1.4 clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou "SPAs";

- **"Home Care" (internação domiciliar).**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também 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 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) **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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo 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) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

k) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

l) Acidente Vascular Cerebral;

m) 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.

n) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;

o) Tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;

p) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;

q) Cirurgias plásticas estéticas;

r) 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; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up;

s) Doenças mentais, psiquiátricas, estresse e depressão, incluindo as internações em departamentos psiquiátricos de hospitais gerais ou prontos-socorros para tratamento destas doenças e/ou aquelas que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;

1.5 Internações domiciliares (Home-Care);

t)Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilos e casas de repouso;

u) Internações para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica;

v) Danos estéticos;

w) Cirurgias plásticas, exceto as pós-acidentais restauradoras que sejam necessárias para restabelecimento físico do Segurado em decorrência de acidente coberto;

x) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;

y) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;

z) Internações hospitalares realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;

aa) Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual;

bb) Automutilações e lesões auto-infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;

cc) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde;

dd) Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor de uma diária de hospitalização e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos na Proposta de Contratação.

4.1.1. As diárias de hospitalização serão indenizadas enquanto o Segurado permanecer internado em decorrência de Acidente Pessoal coberto, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis.

4.2. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

4.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. TÉRMINO DE COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 66 (sessenta e seis) anos.

7. CARÊNCIA

7.1. Não há prazo de carência para esta Cobertura.

8. FRANQUIA

8.1. O período de Franquia é de 48 (quarenta e oito) horas ininterruptas por evento, e será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado, por determinação

médica.

8.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de Franquia, respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria (ou quarto particular) e UTI;
- Cópia dos exames médicos complementares realizados;
- Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- Cópia simples da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia simples do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Declaração do Segurado com a informação de telefone e endereço de email, caso houver.

Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

9.2. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), 50% (cinquenta por cento) ao cônjuge e 50% (cinquenta por cento) aos herdeiros do Segurado.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. A Cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIHAD) ou com a Cobertura de Diária por Internação Hospitalar em UTI por Acidente ou Doença (DIHAD-UTI).

10.2. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI POR ACIDENTE (DIHA-UTI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de internação do Segurado, no caso de sua hospitalização em uma Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, **causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. As indenizações por evento coberto por esta Cobertura e pela Cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) se acumulam, se contratadas ambas as Coberturas.

1.1.2. Para efeito desta Cobertura, a internação hospitalar em UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), tem início com a comprovação médica da hospitalização do Segurado em UTI por um período mínimo de 12 (doze) horas consecutivas, e termina com a saída do paciente da UTI, mesmo que para o prosseguimento do tratamento internado, observados os limites estabelecidos na Apólice.

1.1.3. **A indenização será paga somente após alta médica, para apuração das diárias de internação em UTI.**

Nota Explicativa

- **Cobertura para internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), podendo ser acumulada à DIHAD, se ambas contratadas.**
- **Exige permanência mínima de 12 (doze) horas em UTI, com pagamento somente após alta médica.**
- **O tratamento deve ser devidamente justificado em laudo médico.**
- **Não cobre internações por senilidade, doenças mentais ou infecções oportunistas (SIDA/AIDS).**
- **Cobertura válida até 66 (sessenta e seis) anos.**
- **Carência de até 6 (seis) meses conforme proposta; franquia de 48 (quarenta e oito) horas por evento.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) **Diárias de internação fora da UTI e/ou referente a tratamentos que não exijam a internação em UTI;**

b) **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;**

c) **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;

d) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

e) 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. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado;

f) 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

g) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

h) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.

i) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

j) 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;

k) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

l) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

m) Acidente Vascular Cerebral;

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) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;

p) Tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;

q) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;

r) Cirurgias plásticas estéticas;

s) 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; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up;

t) Doenças mentais, psiquiátricas, estresse e depressão, incluindo as internações em departamentos psiquiátricos de hospitais gerais ou prontos-socorros para tratamento destas doenças e/ou aquelas que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;

1.6 Internações domiciliares (Home-Care);

u) Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilos e casas de repouso;

v) Internações para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica;

w) Danos estéticos;

x) Cirurgias plásticas, exceto as pós-acidentais restauradoras que sejam necessárias para restabelecimento físico do Segurado em decorrência de acidente coberto;

y) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;

z) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;

aa) Internações hospitalares realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;

bb) Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual;

cc) Automutilações e lesões auto-infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;

dd) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde;

ee) Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor de uma diária de hospitalização em UTI e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos na Proposta de Contratação.

3.1.1. As diárias de hospitalização serão indenizadas enquanto o Segurado permanecer internado em UTI em decorrência de Acidente Pessoal coberto, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis.

3.2. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

3.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5. TÉRMINO DE COBERTURA

5.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 66 (sessenta e seis) anos.

6. CARÊNCIA

6.1. Não há prazo de carência esta Cobertura.

7. FRANQUIA

7.1. O período de Franquia é de 48 (quarenta e oito) horas ininterruptas por evento, e será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado, por determinação médica.

7.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de Franquia, respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria (ou quarto particular) e de UTI;
- Cópia dos exames médicos complementares realizados;
- Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- Cópia simples da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia simples do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Declaração do Segurado com a informação de telefone e endereço de e-mail, caso houver.

Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

8.2. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), 50% (cinquenta por cento) ao cônjuge e 50% (cinquenta por cento) aos herdeiros do Segurado.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. A Cobertura de Diária por Internação Hospitalar em UTI por Acidente (DIHA-UTI) não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIHAD) ou com a Cobertura de Diária por Internação Hospitalar em UTI por Acidente ou Doença (DIHAD-UTI).

9.2. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o reembolso, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, incorridas a critério e sob orientação médica, necessárias ao restabelecimento do Segurado, realizadas em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas quando o Acidente Pessoal ocorrer dentro do período de vigência do seguro contratado e desde que o tratamento seja iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do Acidente Pessoal.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, 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) **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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;**

f) **Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

g) **Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo 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) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

k) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

l) Acidente Vascular Cerebral;

m) 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;

n) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;

o) Estados de convalescença (após alta médica hospitalar) e as despesas de acompanhantes;

p) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses, salvo as próteses pela perda de dente(s) natural(is) decorrente de Acidente Pessoal coberto;

q) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função, diretamente afetadas por Evento Coberto pelo seguro;

r) Reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos etc.;

s) Remédios, medicamentos ou tratamentos de qualquer espécie após alta médica hospitalar e/ou odontológica.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5. TÉRMINO DE COBERTURA

5.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 71 (setenta e um) anos.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta Cobertura.

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir

relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do 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;
- Radiografias e/ou resultados dos exames realizados;
- Notas fiscais e recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas. No caso de retenção das Notas Fiscais originais pela Seguradora garantidora do seguro obrigatório DPVAT, em caso de acidente automobilístico, serão aceitas cópias autenticadas das Notas Fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida Seguradora, indicando quais as notas originais retidas, e informando o valor que será reembolsado a título de primeiro risco através do DPVAT;
- Declaração do Segurado com a informação de telefone e endereço de e-mail, caso houver.

7.2. **As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas em Reais (R$) com base no câmbio oficial de venda na data e em moeda do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites de Capitais Segurados estabelecidos contratualmente para esta Cobertura, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.**

7.3. **Possuindo o Segurado mais de um contrato de seguro, nesta ou em outra Seguradora e que garanta o reembolso de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual, em cada Cobertura, à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada Cobertura em todas as apólices em vigor na data da ocorrência do acidente.**

7.4. A Seguradora poderá estabelecer acordos ou convênios com os prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológicos para que o Segurado possa ter acesso ao serviço médico sem a necessidade de desembolso do valor. Porém, a utilização ou não destes prestadores conveniados deve ficar a critério exclusivo do Segurado.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. **Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.**

COBERTURA DE FRATURAS E QUEIMADURAS (FQ)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, pela ocorrência dos riscos cobertos, conforme **item 3** abaixo, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

2. CONDIÇÃO DE COBERTURA

2.1. **Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que permanecerem vivos por pelo menos 30 (trinta) dias contados a partir da data do acidente que causou a(s) fratura(s) ou queimaduras cobertas.**

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão cobertas as fraturas e queimaduras abaixo descritas, decorrentes de acidente pessoal coberto e sofridas pelo Segurado durante a vigência deste seguro.

3.1.1. **Fraturas:** garante ao Segurado pagamento de indenização de acordo com o tipo de fratura sofrida, conforme tabela do **item 3.1.3**.

3.1.1.1. **Para fins desta Cobertura, entende-se como:**

a) **Fratura Completa:** fratura cujo osso tenha rompido de uma extremidade até a outra.

b) **Fratura Múltipla:** mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso.

c) **Fratura Complexa:** fratura exposta (quando os tecidos moles sobrejacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior) ou fratura que tenha afetado seriamente a função de um órgão.

d) **Fratura de Colles:** fratura no osso rádio em nível do pulso.

e) **Fratura de dedos:** no mínimo fratura de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo Segurado em um mesmo evento.

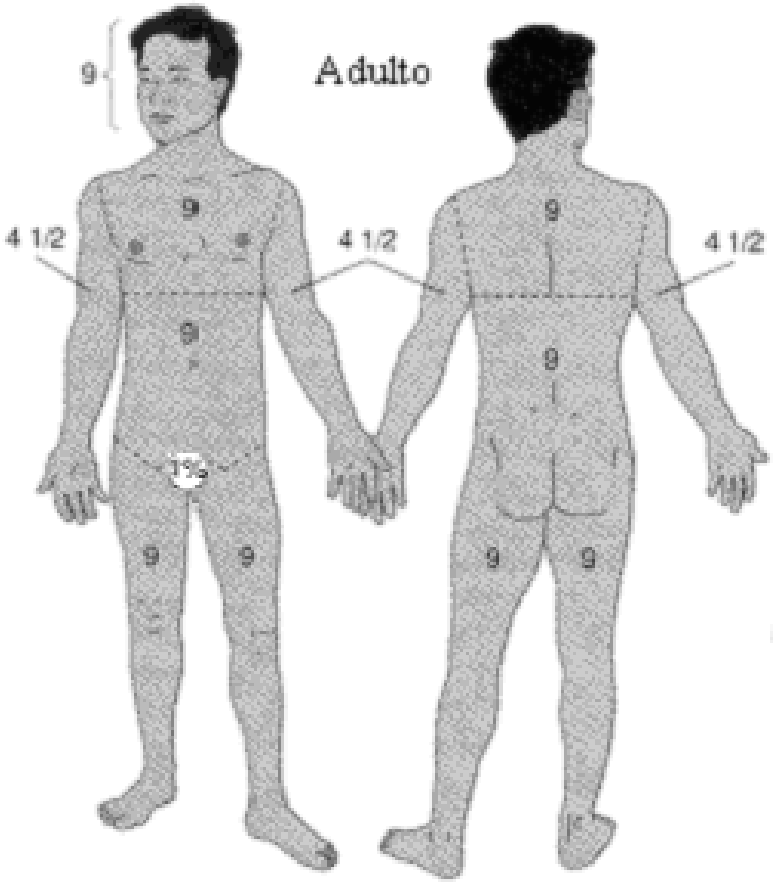
3.1.2. **Queimaduras:** garante ao Segurado pagamento de indenização de acordo com o grau de queimadura sofrido, conforme tabela do **item 3.1.4**.

3.1.2.1. **Para fins desta Cobertura, entende-se como:**

a) **Queimadura:** decomposição do tecido da pele produzida por contato com fogo, calor ou substâncias corrosivas afetando pelo menos e epiderme e a derme (pelo menos de 2º (segundo) grau) causando a formação de bolhas.

b) **Regra dos 9:** sistema usado para determinar a porcentagem do corpo afetado por queimaduras. De acordo com este sistema, a cabeça e cada braço valem 9% (nove por cento) da superfície, a parte dianteira do torso, a parte traseira do torso e membro inferior direito e esquerdo valem 18% cada. A área genital vale 1% (um por cento) totalizando os 100% (cem por cento) de superfície do corpo, conforme detalhamento e figura ilustrativa abaixo:

Superfície do corpo de um adulto			
De frente:		De costas:	
Rosto	9%	Costas	9%
Tórax	9%	Abdômen	9%
Abdômen	9%	Perna direita	9%
Perna direita	9%	Perna esquerda	9%
Perna esquerda	9%	Braços (direito + esquerdo)	9%
Braços (direito + esquerdo)	9%	Subtotal (área de costas do corpo)	45%
Orgãos genitais	1%		
Subtotal (área de frente do corpo)	55%		
55% (frente) + 45% (costas) = 100% da área do corpo			



3.1.3. Tabela para cálculo da indenização em caso de Fratura:

Tipo	Definição	% de indenização sobre o Capital Segurado
Quadril ou Pelve	Fraturas Múltiplas, no mínimo uma complexa e uma completa	50,00%
	Todas as fraturas complexas	25,00%
	Fraturas Múltiplas, no mínimo uma completa	16,67%
	Todas as outras fraturas	8,33%
Coxa ou Calcanhar	Fraturas Múltiplas, no mínimo uma complexa e uma completa	33,33%
	Todas as fraturas complexas	25,00%
	Fraturas Múltiplas, no mínimo uma completa	16,67%
	Todas as outras fraturas	8,33%
Crânio, Perna, Clavícula, Cotovelo	Fraturas Múltiplas, no mínimo uma complexa e uma completa	33,33%
	Todas as fraturas complexas	16,67%
	Fraturas Múltiplas, no mínimo uma completa	8,33%
	Fratura com depressão do crânio com intervenção cirúrgica	25,00%
	Todas as outras fraturas	4,17%
Colles	Todas as fraturas complexas	8,33%
	Todas as outras fraturas	4,17%
Escápula, Esterno, Patela, Mão (Excluindo dedos e pulso), Pés	Todas as fraturas complexas	8,33%
	Todas as outras fraturas	4,17%
Coluna Vertebral (excluindo cóccix)	Fraturas Múltiplas, no mínimo uma complexa e uma completa	41,67%
	Todas as fraturas do processo transverso espinhoso ou pedículo	16,67%
	Fraturas Múltiplas, no mínimo uma completa	33,33%
	Todas as outras fraturas vertebrais	8,33%
Maxilar inferior	Fraturas Múltiplas, no mínimo uma complexa e uma completa	16,67%
	Todas as fraturas complexas	8,33%
	Fraturas Múltiplas, no mínimo uma completa	4,17%
	Todas as outras fraturas	4,17%
Costelas, Osso malar, Cóccix, maxilar superior, nariz, dedos	Fraturas Múltiplas, no mínimo uma complexa e uma completa	8,33%
	Todas as fraturas complexas	6,25%
	Fraturas Múltiplas, no mínimo uma completa	4,17%
	Todas as outras fraturas	2,08%

3.1.4. Tabela para cálculo da indenização em caso de Queimadura:

Tipo	Definição	% de indenização sobre o Capital Segurado
Queimadura	No mínimo 27% do corpo com queimadura	100,00%
	No mínimo 18% do corpo com queimadura	75,00%
	No mínimo 09% do corpo com queimadura	50,00%
	No mínimo 4,5% do corpo com queimadura	25,00%
	No mínimo 3% do corpo com queimadura	8,33%

3.1.5. **A indenização máxima por evento será de 100%** (cem por cento) **do capital segurado da Cobertura e a indenização máxima durante a vigência da apólice será de 200%** (duzentos por cento) **do capital segurado da Cobertura.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, 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) 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo 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) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

k) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

l) Acidente Vascular Cerebral;

m) 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;

n) Lesões preexistentes à contratação deste seguro não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do Segurado na data de assinatura da mesma;

o) Doenças;

p) Fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais um osso é quebrado através de uma área enfraquecida por uma doença, por um grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tais como tumores ósseos, metástases ósseas e doenças do metabolismo;

q) Osteoporose (porosidade no osso causada por perda de proteína);

r) Queimaduras provenientes da exposição excessiva ao sol ou da utilização de qualquer técnica de bronzeamento artificial; e

s) Exposição ao sol ou ao frio, não decorrentes de acidentes pessoais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O capital segurado relativo a esta Cobertura será automaticamente reintegrado após cada sinistro até que a soma das indenizações, por dois ou mais eventos cobertos, atinja 200% (duzentos por cento) do capital segurado, quando a Cobertura será automaticamente cancelada.

7. TÉRMINO DE COBERTURA

7.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 71 (setenta e um) anos.

8. CARÊNCIA E FRANQUIA

8.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta Cobertura.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir

relacionados:

- Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do 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;
- No caso de fraturas, evidências radiológicas das mesmas e prontuário médico do primeiro atendimento;
- No caso de queimaduras, prontuário médico do primeiro atendimento, exames objetivos e relatório médico que comprovem as partes afetadas do corpo do Segurado, o tipo e grau da queimadura e a porcentagem da superfície do corpo afetada de acordo com a Regra dos 9;
- Relatório médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente, constando a data, as circunstâncias e as consequências do acidente sofrido, bem como o diagnóstico e o tratamento prescrito ao Segurado;
- Declaração do Segurado com a informação de telefone e endereço de e-mail, caso houver.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. **Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.**

COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS (DCF)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização, em caso de diagnóstico de Doença Congênita incapacitante que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor de seu(s) filho(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Doença Congênita:** é a moléstia inata desenvolvida por filho do Segurado, desde que ocasione incapacidade que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura 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, 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;

h) Doenças infectocontagiosas transmitidas de mãe para filho;

i) Doenças decorrentes de complicações do parto ou aborto;

j) Se quando da contratação do seguro a doença congênita do filho já for de

conhecimento do Segurado e este não informar a Seguradora.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para determinação do capital segurado, a data de constatação do comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor do filho, devendo ser caracterizada durante a vigência da apólice e comprovada por documentação médica pertinente e reconhecida pela Seguradora.

5. CARÊNCIA

5.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice.

5.1.1. Não há prazo de carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal, exceto para a tentativa de suicídio ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice.

5.2. Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.

6. FRANQUIA

6.1. Não há prazo de franquia para esta Cobertura.

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia da Certidão de Nascimento do filho do Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico e resultados de exames complementares que comprovem o comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor do filho do Segurado;
- Declaração do Segurado com a informação de telefone e endereço de e-mail, caso houver.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL (AUXF)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com o funeral do Segurado, até o limite do capital segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.2. **A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte ou de Morte Acidental.**

1.3. A Indenização relativa à presente Cobertura não será deduzida do Capital Segurado da Cobertura de Morte ou da Cobertura de Morte Acidental, na hipótese de evento coberto.

1.4. **Não haverá adiantamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura.**

2. BENEFICIÁRIO

2.1. **O beneficiário desta cobertura será quem comprovar ter se responsabilizado pelo pagamento das despesas com o funeral do Segurado.**

3. DESPESAS COBERTAS

3.1. Esta cobertura garante as seguintes despesas:

a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso;

b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;

c) registro de óbito em cartório;

d) atendimento e organização do funeral;

e) sepultamento;

f) cremação; e

g) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local.

3.2. **Serão reembolsadas somente as despesas devidamente comprovadas até o limite do capital segurado contratado.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura 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, 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;

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) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

j) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

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) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento do Segurado.

6. CARÊNCIA

6.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice.

6.1.1. **Não há prazo de carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal, exceto para a tentativa de suicídio ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice.**

6.2. **Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.**

7. FRANQUIA

7.1. Não há prazo de franquia para esta Cobertura.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) **Morte decorrente de doença**

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia das Notas fiscais das despesas efetuadas com o funeral do Segurado, contendo a discriminação dos itens e serviços adquiridos;
- Cópia simples da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;
- Documentos do(s) Beneficiário(s): cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço.

b) **Morte decorrente de acidente**

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

- 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.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE (AUXFA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com o funeral do Segurado, até o limite do capital segurado contratado, **no caso de seu falecimento em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.2. **A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte ou de Morte Acidental.**

1.3. A Indenização relativa à presente Cobertura não será deduzida do Capital Segurado da Cobertura de Morte ou da Cobertura de Morte Acidental, na hipótese de evento coberto.

1.4. **Não haverá adiantamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura.**

2. BENEFICIÁRIO

2.1. **O beneficiário desta cobertura será quem comprovar ter se responsabilizado pelo pagamento das despesas com o funeral do Segurado.**

3. DESPESAS COBERTAS

3.1. Esta cobertura garante as seguintes despesas:

a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso;

b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;

c) registro de óbito em cartório;

d) atendimento e organização do funeral;

e) sepultamento;

f) cremação; e

g) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local.

3.2. **Serão reembolsadas somente as despesas devidamente comprovadas até o limite do capital segurado contratado.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também 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 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) 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo 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) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

k) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

l) Acidente Vascular Cerebral;

m) 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;

n) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;

o) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta Cobertura.

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia das Notas fiscais das despesas efetuadas com o funeral do Segurado, contendo a discriminação dos itens e serviços adquiridos;
- Cópia simples da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;
- Documentos do(s) Beneficiário(s): cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço;
- 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.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. **Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.**

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (AF)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do capital segurado contratado, no caso do falecimento do Segurado por causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

2. BENEFICIÁRIO

2.1. **O beneficiário desta cobertura será quem comprovar ter se responsabilizado pelo pagamento das despesas com o funeral do Segurado.**

3. DESPESAS COBERTAS

3.1. Esta cobertura garante as despesas com:

a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;

b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;

c) registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;

d) atendimento e organização do funeral;

e) sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;

f) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;

g) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;

h) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;

i) paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;

j) cremação; e

k) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).

3.2. **O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo , neste caso, reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado.**

4. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

4.1. Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.

4.1.1. Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.

4.2. A opção pela prestação de serviços de Assistência Funeral faz cessar o direito a qualquer reembolso ou indenização de quaisquer despesas.

4.3. A rede de prestadores de serviço credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora.

4.4. O meio de traslado do corpo será decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

4.5. Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta Cobertura, se a cobertura for devida.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura 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, 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;

5.1.1. Além dos riscos excluídos no item 5.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

a) roupas em geral;

b) anúncio em rádio ou jornal;

c) missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;

d) xerox da documentação;

e) café, bebidas e refeições em geral;

f) compra de Jazigo;

g) confecção de gaveta em túmulo de terceiro;

h) lápides e/ou gravações;

i) cruzes;

j) reforma em geral no jazigo;

k) exumação de corpo em jazigo da família;

l) custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;

m) necromaquiagem;

n) as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, deduzindo esta despesa do padrão desta assistência;

o) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta cobertura, ou superiores ao Capital Segurado contratado;

p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;

q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral.

5.2. Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento do Segurado.

7. CARÊNCIA

7.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice.

7.1.1. **Não há prazo de carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal, exceto para a tentativa de suicídio ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice.**

7.2. **Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.**

8. FRANQUIA

8.1. Não há prazo de franquia para esta Cobertura.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Se a opção for pela prestação de serviços, os familiares deverão entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento 24 horas, no Brasil em chamada gratuita, ou no exterior em chamada a cobrar, conforme mencionado na Apólice de Seguro, fornecendo todas as informações necessárias para a definição do serviço a ser prestado.

9.2. **O pagamento de indenização relativa à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar indenização por qualquer outra Cobertura eventualmente contratada.**

9.3. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) **Morte decorrente de doença**

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia das Notas fiscais das despesas efetuadas com o funeral do Segurado, contendo a discriminação dos itens e serviços adquiridos;
- Cópia simples da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;
- Documentos do(s) Beneficiário(s): cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço.

b) **Morte decorrente de acidente**

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

- 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.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR (AFF)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do capital segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado ou de seus familiares, seja decorrente de causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.2. **Para efeito desta cobertura, por familiares do Segurado entende-se: o cônjuge, os filhos e enteados, ambos de até 21 (vinte e um) anos, considerados dependentes do Segurado, devidamente comprovado na forma da Lei.**

2. BENEFICIÁRIO

2.1. **O beneficiário desta cobertura será quem comprovar ter se responsabilizado pelo pagamento das despesas com o funeral.**

3. DESPESAS COBERTAS

3.1. Esta cobertura garante as despesas com:

a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;

b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;

c) registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;

d) atendimento e organização do funeral;

e) sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;

f) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;

g) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;

h) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;

i) paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;

j) cremação; e

k) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).

3.2. **O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo , neste caso, reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado.**

4. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

4.1. Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.

4.1.1. Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.

4.2. A opção pela prestação de serviços de Assistência Funeral faz cessar o direito a qualquer reembolso ou indenização de quaisquer despesas.

4.3. A rede de prestadores de serviço credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora.

4.4. O meio de traslado do corpo será decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

4.5. Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta Cobertura, se a cobertura for devida.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura 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, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e/ou de seus familiares, e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;

5.1.1. Além dos riscos excluídos no item 5.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

a) roupas em geral;

b) anúncio em rádio ou jornal;

c) missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;

d) xerox da documentação;

e) café, bebidas e refeições em geral;

f) compra de Jazigo;

g) confecção de gaveta em túmulo de terceiro;

h) lápides e/ou gravações;

i) cruzes;

j) reforma em geral no jazigo;

k) exumação de corpo em jazigo da família;

l) custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;

m) necromaquiagem;

n) as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, deduzindo esta despesa do padrão desta assistência;

o) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta cobertura, ou superiores ao Capital Segurado contratado;

p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;

q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral.

5.2. Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento do Segurado ou de seu familiar.

7. CARÊNCIA

7.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice.

7.1.1. Não há prazo de carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal, exceto para a tentativa de suicídio ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice.

7.2. Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.

8. FRANQUIA

8.1. Não há prazo de franquia para esta Cobertura.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Se a opção for pela prestação de serviços, os familiares deverão entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas, no Brasil em chamada gratuita, ou no exterior em chamada a cobrar, conforme mencionado na Apólice de Seguro, fornecendo todas as informações necessárias para a definição do serviço a ser prestado.

9.2. O pagamento de indenização relativa à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar indenização por qualquer outra Cobertura eventualmente contratada.

9.3. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia das Notas fiscais das despesas efetuadas com o funeral, contendo a discriminação dos itens e serviços adquiridos;
- Cópia(s) simples da Certidão(ões) de Óbito do Segurado e/ou de seus familiares;
- Cópia(s) simples da Carteira(s) de Identidade e CPF do Segurado e de seus familiares;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex.: conta de luz, telefone etc.);
- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;
- Documentos do(s) Beneficiário(s): cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço.

b) Morte decorrente de acidente

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

- 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.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. **Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.**

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR AMPLIADA – PAIS E SOGROS (AFF-PS)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do capital segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado, de seus familiares, de seus pais ou de seus sogros, desde que tenham até 70 (setenta) anos no momento da contratação do seguro, seja decorrente de causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.2. **Para efeito desta cobertura, por familiares do Segurado entende-se: o cônjuge, os filhos e enteados, ambos de até 21 (vinte e um) anos, considerados dependentes do Segurado, devidamente comprovado na forma da Lei.**

2. BENEFICIÁRIO

2.1. **O beneficiário desta cobertura será quem comprovar ter se responsabilizado pelo pagamento das despesas com o funeral.**

3. DESPESAS COBERTAS

3.1. Esta cobertura garante as despesas com:

a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;

b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;

c) registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;

d) atendimento e organização do funeral;

e) sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;

f) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;

g) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;

h) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;

i) paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;

j) cremação; e

k) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).

3.2. O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo , neste caso, reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado.

4. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

4.1. Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.

4.1.1. Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.

4.2. A opção pela prestação de serviços de Assistência Funeral faz cessar o direito a qualquer reembolso ou indenização de quaisquer despesas.

4.3. A rede de prestadores de serviço credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora.

4.4. O meio de traslado do corpo será decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

4.5. Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta Cobertura, se a cobertura for devida.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura 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, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e/ou de seus familiares, e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;

5.1.1. Além dos riscos excluídos no item 5.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

a) roupas em geral;

b) anúncio em rádio ou jornal;

c) missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;

d) xerox da documentação;

e) café, bebidas e refeições em geral;

f) compra de Jazigo;

g) confecção de gaveta em túmulo de terceiro;

h) lápides e/ou gravações;

i) cruzes;

j) reforma em geral no jazigo;

k) exumação de corpo em jazigo da família;

l) custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;

m) necromaquiagem;

n) as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, deduzindo esta despesa do padrão desta assistência;

o) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta cobertura, ou superiores ao Capital Segurado contratado;

p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;

q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral.

5.2. Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento do Segurado ou de seu

familiar.

7. CARÊNCIA

7.1. **Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice.**

7.1.1. **Não há prazo de carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal, exceto para a tentativa de suicídio ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice.**

7.2. **Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.**

8. FRANQUIA

8.1. Não há prazo de franquia para esta Cobertura.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Se a opção for pela prestação de serviços, os familiares deverão entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas, no Brasil em chamada gratuita, ou no exterior em chamada a cobrar, conforme mencionado na Apólice de Seguro, fornecendo todas as informações necessárias para a definição do serviço a ser prestado.

9.2. **O pagamento de indenização relativa à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar indenização por qualquer outra Cobertura eventualmente contratada.**

9.3. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) **Morte decorrente de doença**

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia das Notas fiscais das despesas efetuadas com o funeral, contendo a discriminação dos itens e serviços adquiridos;
- Cópia(s) simples da Certidão(ões) de Óbito do Segurado e/ou de seus familiares;
- Cópia(s) simples da Carteira(s) de Identidade e CPF do Segurado e de seus familiares;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;
- Documentos do(s) Beneficiário(s): cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço.

b) **Morte decorrente de acidente**

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

- 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.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. **Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.**

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR ACIDENTE (AFA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do capital segurado contratado, **no caso do falecimento do Segurado em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

2. BENEFICIÁRIO

2.1. **O beneficiário desta cobertura será quem comprovar ter se responsabilizado pelo pagamento das despesas com o funeral do Segurado.**

3. DESPESAS COBERTAS

3.1. Esta cobertura garante as despesas com:

a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;

b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;

c) registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;

d) atendimento e organização do funeral;

e) sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;

f) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;

g) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;

h) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;

i) paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;

j) cremação; e

k) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).

3.2. **O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo , neste caso, reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado.**

4. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

4.1. Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de contato por um

telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.

4.1.1. Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.

4.2. A opção pela prestação de serviços de Assistência Funeral faz cessar o direito a qualquer reembolso ou indenização de quaisquer despesas.

4.3. A rede de prestadores de serviço credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora.

4.4. O meio de traslado do corpo será decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

4.5. Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta Cobertura, se a cobertura for devida.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura 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) 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;

5.1.1. Além dos riscos excluídos no item 5.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

a) roupas em geral;

b) anúncio em rádio ou jornal;

c) missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;

d) xerox da documentação;

e) café, bebidas e refeições em geral;

f) compra de Jazigo;

g) confecção de gaveta em túmulo de terceiro;

h) lápides e/ou gravações;

i) cruzes;

j) reforma em geral no jazigo;

k) exumação de corpo em jazigo da família;

l) custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;

m) necromaquiagem;

n) as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, deduzindo esta despesa do padrão desta assistência;

o) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta cobertura, ou superiores ao Capital Segurado contratado;

p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;

q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral.

5.2. Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

7. CARÊNCIA E FRANQUIA

7.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta Cobertura.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. Se a opção for pela prestação de serviços, os familiares deverão entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas, no Brasil em chamada gratuita, ou no exterior em chamada a cobrar, conforme mencionado na

Apólice de Seguro, fornecendo todas as informações necessárias para a definição do serviço a ser prestado.

8.2. **O pagamento de indenização relativa à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar indenização por qualquer outra Cobertura eventualmente contratada.**

8.3. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia das Notas fiscais das despesas efetuadas com o funeral do Segurado, contendo a discriminação dos itens e serviços adquiridos;
- Cópia simples da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;
- Documentos do(s) Beneficiário(s): cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço;
- 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.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. **Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.**

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR POR ACIDENTE (AFFA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do capital segurado contratado, **em caso de falecimento do Segurado ou de seus familiares em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.2. **Para efeito desta cobertura, por familiares do Segurado entende-se: o cônjuge, os filhos e enteados, ambos de até 21 (vinte e um) anos, considerados dependentes do Segurado, devidamente comprovado na forma da Lei.**

2. BENEFICIÁRIO

2.1. **O beneficiário desta cobertura será quem comprovar ter se responsabilizado pelo pagamento das despesas com o funeral.**

3. DESPESAS COBERTAS

3.1. Esta cobertura garante as despesas com:

a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;

b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;

c) registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;

d) atendimento e organização do funeral;

e) sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;

f) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;

g) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;

h) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;

i) paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;

j) cremação; e

k) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).

3.2. **O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que**

legalmente habilitados, sendo , neste caso, reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado.

4. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

4.1. Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.

4.1.1. Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.

4.2. A opção pela prestação de serviços de Assistência Funeral faz cessar o direito a qualquer reembolso ou indenização de quaisquer despesas.

4.3. A rede de prestadores de serviço credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora.

4.4. O meio de traslado do corpo será decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

4.5. Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta Cobertura, se a cobertura for devida.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura 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) 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;

5.1.1. Além dos riscos excluídos no item 5.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

a) roupas em geral;

b) anúncio em rádio ou jornal;

c) missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;

d) xerox da documentação;

e) café, bebidas e refeições em geral;

f) compra de Jazigo;

g) confecção de gaveta em túmulo de terceiro;

h) lápides e/ou gravações;

i) cruzes;

j) reforma em geral no jazigo;

k) exumação de corpo em jazigo da família;

l) custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;

m) necromaquiagem;

n) as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, deduzindo esta despesa do padrão desta assistência;

o) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta cobertura, ou superiores ao Capital Segurado contratado;

p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;

q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral.

5.2. Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

7. CARÊNCIA E FRANQUIA

7.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta Cobertura.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. Se a opção for pela prestação de serviços, os familiares deverão entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas, no Brasil em chamada gratuita, ou no exterior em chamada a cobrar, conforme mencionado na Apólice de Seguro, fornecendo todas as informações necessárias para a definição do serviço a ser prestado.

8.2. **O pagamento de indenização relativa à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar indenização por qualquer outra Cobertura eventualmente contratada.**

8.3. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia das Notas fiscais das despesas efetuadas com o funeral, contendo a discriminação dos itens e serviços adquiridos;
- Cópia(s) simples da Certidão(ões) de Óbito do Segurado e/ou de seus familiares;
- Cópia(s) simples da Carteira(s) de Identidade e CPF do Segurado e de seus familiares;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;
- Documentos do(s) Beneficiário(s): cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço;
- 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.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. **Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.**

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR POR ACIDENTE AMPLIADA – PAIS E SOGROS (AFFA-PS)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do capital segurado contratado, **em caso de falecimento do Segurado, de seus familiares, de seus pais ou de seus sogros, desde que tenham até 70 (setenta) anos no momento da contratação do seguro, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.2. **Para efeito desta cobertura, por familiares do Segurado entende-se: o cônjuge, os filhos e enteados, ambos de até 21 (vinte e um) anos, considerados dependentes do Segurado, devidamente comprovado na forma da Lei.**

2. BENEFICIÁRIO

2.1. **O beneficiário desta cobertura será quem comprovar ter se responsabilizado pelo pagamento das despesas com o funeral.**

3. DESPESAS COBERTAS

3.1. Esta cobertura garante as despesas com:

a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;

b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;

c) registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;

d) atendimento e organização do funeral;

e) sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;

f) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;

g) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;

h) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;

i) paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;

j) cremação; e

k) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).

3.2. O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo , neste caso, reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado.

4. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

4.1. Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.

4.1.1. Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.

4.2. A opção pela prestação de serviços de Assistência Funeral faz cessar o direito a qualquer reembolso ou indenização de quaisquer despesas.

4.3. A rede de prestadores de serviço credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora.

4.4. O meio de traslado do corpo será decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

4.5. Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta Cobertura, se a cobertura for devida.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura 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) 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;

5.1.1. Além dos riscos excluídos no item 5.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

a) roupas em geral;

b) anúncio em rádio ou jornal;

c) missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;

d) xerox da documentação;

e) café, bebidas e refeições em geral;

f) compra de Jazigo;

g) confecção de gaveta em túmulo de terceiro;

h) lápides e/ou gravações;

i) cruzes;

j) reforma em geral no jazigo;

k) exumação de corpo em jazigo da família;

l) custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;

m) necromaquiagem;

n) as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, deduzindo esta despesa do padrão desta assistência;

o) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta cobertura, ou superiores ao Capital Segurado contratado;

p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;

q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral.

5.2. Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

7. CARÊNCIA E FRANQUIA

7.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta Cobertura.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. Se a opção for pela prestação de serviços, os familiares deverão entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas, no Brasil em chamada gratuita, ou no exterior em chamada a cobrar, conforme mencionado na Apólice de Seguro, fornecendo todas as informações necessárias para a definição do serviço a ser prestado.

8.2. **O pagamento de indenização relativa à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar indenização por qualquer outra Cobertura eventualmente contratada.**

8.3. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia das Notas fiscais das despesas efetuadas com o funeral, contendo a discriminação dos itens e serviços adquiridos;
- Cópia(s) simples da Certidão(ões) de Óbito do Segurado e/ou de seus familiares;
- Cópia(s) simples da Carteira(s) de Identidade e CPF do Segurado e de seus familiares;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;
- Documentos do(s) Beneficiário(s): cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço;
- 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.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. **Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.**

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL SEGURADOS INDICADOS (AFSI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do capital segurado contratado, **em caso de falecimento de um dos segurados indicados pelo Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.2. **As pessoas elegíveis a esta cobertura devem ser indicadas pelo segurado no momento da contratação do seguro, respeitando os limites de idade e número de indicações definidos na proposta de contratação.**

2. BENEFICIÁRIO

2.1. **O beneficiário desta cobertura será quem comprovar ter se responsabilizado pelo pagamento das despesas com o funeral.**

3. DESPESAS COBERTAS

3.1. Esta cobertura garante as despesas com:

a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;

b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;

c) registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;

d) atendimento e organização do funeral;

e) sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;

f) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;

g) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;

h) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;

i) paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;

j) cremação; e

k) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).

3.2. **O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo , neste caso, reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado.**

4. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

4.1. Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.

4.1.1. Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.

4.2. A opção pela prestação de serviços de Assistência Funeral faz cessar o direito a qualquer reembolso ou indenização de quaisquer despesas.

4.3. A rede de prestadores de serviço credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora.

4.4. O meio de traslado do corpo será decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

4.5. Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta Cobertura, se a cobertura for devida.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura 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, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e/ou dos proponentes/pessoas elegíveis à cobertura indicados, e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;

5.1.1. Além dos riscos excluídos no item 5.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

a) roupas em geral;

b) anúncio em rádio ou jornal;

c) missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;

d) xerox da documentação;

e) café, bebidas e refeições em geral;

f) compra de Jazigo;

g) confecção de gaveta em túmulo de terceiro;

h) lápides e/ou gravações;

i) cruzes;

j) reforma em geral no jazigo;

k) exumação de corpo em jazigo da família;

l) custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;

m) necromaquiagem;

n) as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, deduzindo esta despesa do padrão desta assistência;

o) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta cobertura, ou superiores ao Capital Segurado contratado;

p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;

q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral.

5.2. Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento.

7. CARÊNCIA

7.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice.

7.1.1. Não há prazo de carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal, exceto para a tentativa de suicídio ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice.

7.2. Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.

8. FRANQUIA

8.1. Não há prazo de franquia para esta Cobertura.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Se a opção for pela prestação de serviços, os familiares deverão entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas, no Brasil em chamada gratuita, ou no exterior em chamada a cobrar, conforme mencionado na Apólice de Seguro, fornecendo todas as informações necessárias para a definição do serviço a ser prestado.

9.2. O pagamento de indenização relativa à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar indenização por qualquer outra Cobertura eventualmente contratada.

9.3. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia das Notas fiscais das despesas efetuadas com o funeral, contendo a discriminação dos itens e serviços adquiridos;
- Cópia(s) simples da Certidão(ões) de Óbito;
- Cópia(s) simples da Carteira(s) de Identidade e CPF do Segurado e dos proponentes/pessoas elegíveis à cobertura indicados;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;
- Documentos do(s) Beneficiário(s): cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de

doença, providenciar:

- 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.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE CESTA BÁSICA POR MORTE (CBM)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de Indenização, em decorrência do falecimento do Segurado, a título de auxílio-alimentação, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2. O pagamento da indenização ao beneficiário será efetuado em espécie, podendo optar ainda pelo pagamento da indenização dentre as opções a seguir:

a) Por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos;

b) Pelo crédito em cartão magnético.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura 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, 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;

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) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

j) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

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) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento do Segurado.

4. CARÊNCIA

4.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice.

4.1.1. Não há prazo de carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal, exceto para a tentativa de suicídio ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice.

4.2. Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.

5. FRANQUIA

5.1. Não há prazo de franquia para esta Cobertura.

6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

6.1. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

6.1.1. 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 da cesta (capital segurado contratado para esta Cobertura)** e periodicidade estabelecidos contratualmente.

6.1.2. O **valor referencial da cesta** abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.

6.1.3. 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.

6.1.4. As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo (s) Beneficiário(s).

6.1.5. Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo(s)

Beneficiário(s).

6.2. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

6.2.1. 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.

6.2.2. Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

6.3. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE

6.3.1. Em caso de evento coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização em espécie, para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia simples da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;
- Documentos do(s) Beneficiário(s):
  - Cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço;
  - Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o beneficiário for o cônjuge do Segurado;
  - Cópia da Certidão de Nascimento, se o beneficiário for filho do Segurado.

b) Morte decorrente de acidente

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

- 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.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE CESTA BÁSICA POR MORTE ACIDENTAL (CBMA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de Indenização, em decorrência da **morte acidental do Segurado**, a título de auxílio-alimentação, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.2. **O pagamento da indenização ao beneficiário será efetuado em espécie, podendo optar ainda pelo pagamento da indenização dentre as opções a seguir:**

a) Por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos;

b) Pelo crédito em cartão magnético.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura 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) 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo 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) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

k) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

l) Acidente Vascular Cerebral;

m) 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;

n) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;

o) Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

4.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta Cobertura.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

5.1.1. 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 da cesta (capital segurado contratado para esta Cobertura)** e periodicidade estabelecidos contratualmente.

5.1.2. O **valor referencial da cesta** abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.

5.1.3. **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.**

5.1.4. As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo (s) Beneficiário(s).

5.1.5. **Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo(s) Beneficiário(s).**

5.2. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

5.2.1. 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.

5.2.2. Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

5.3. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE

5.3.1. Em caso de evento coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização em espécie, para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelos Beneficiários;
- Formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia simples da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Declaração do(s) Beneficiário(s) com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver;
- Documentos do(s) Beneficiário(s):
  - Cópias simples da Carteira de Identidade, do CPF, do endereço de e-mail e do comprovante de endereço;
  - Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o beneficiário for o cônjuge do Segurado;
  - Cópia da Certidão de Nascimento, se o beneficiário for filho do Segurado.
- 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.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. **Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.**

COBERTURA DE CESTA BÁSICA POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (CBI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de Indenização, em decorrência de sua **Invalidez Permanente Total por Acidente**, a título de auxílio-alimentação, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.2. **O pagamento da indenização ao Segurado será efetuado em espécie, podendo optar ainda pelo pagamento da indenização dentre as opções a seguir:**

c) Por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos;

d) Pelo crédito em cartão magnético.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Invalidez Permanente Total por Acidente:** para fins desta Cobertura 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 6** 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.

2.2. **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 Cobertura.**

2.3. **A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização total.**

2.3.1. **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 EXCLUÍDOS

3.1. **Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura 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) 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. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo 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) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

k) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

l) Acidente Vascular Cerebral;

m) 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;

n) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;

o) Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;

p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos

q) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;

r) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de capital segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. TÉRMINO DE COBERTURA

5.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 71 (setenta e um) anos.

6. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

7. CARÊNCIA E FRANQUIA

7.1. Não há prazos de carência ou de franquia para esta Cobertura.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

8.1.1. 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 da cesta (capital segurado contratado para esta Cobertura)** e periodicidade estabelecidos contratualmente.

8.1.2. O **valor referencial da cesta** abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.

8.1.3. **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.**

8.1.4. As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo Segurado.

8.1.5. **Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo Segurado.**

8.2. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

8.2.1.1. 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.

8.2.1.2. Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

8.3. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE

8.3.1.1. Em caso de evento coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização em

espécie, para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial;
- Cópia simples da 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;
- Radiografias, relatórios médicos e exames complementares recentes, que comprovem a invalidez, assinado pelo médico assistente, com a indicação do CRM e das características do grau de invalidez;
- Declaração do consulente/Segurado com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. **Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.**

COBERTURA DE AUXÍLIO BABÁ/ENFERMEIRA E/OU EMPREGADA (AUX-B/E/E)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização para auxiliar no custeio das despesas necessárias para contratação de Babá, Enfermeira e/ou Empregada, em consequência do 1º (primeiro) diagnóstico de **Câncer Feminino de Mama** na vigência da Apólice, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.1.1. **A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Doenças Graves - Câncer Feminino de mama, e a ela se vincula, de forma que somente serão devidas, se caracterizada a cobertura.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Câncer Feminino de Mama:** doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno na(s) mama(s) e caracterizado pelo crescimento e expansão descontrolados de células malignas e invasão de tecidos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:**

a) **Melanoma não invasivo, sarcoma de kaposi, queratose actínica, leucoplasia oral, papilomatose oral florida, doença de Bowen, eritroplasia de Queyrat, Corno cutâneo, queratoacantoma, carcinoma basocelular e espinocelular; carcinomas in situ (alteração do crescimento de superfícies epiteliais, em que as células normais são substituídas por células anaplásticas sem as características de comportamento da neoplasia, como invasão ou metástases), qualquer tipo de displasia e outras lesões pré-neopláticas de qualquer órgão e/ou tecido. Qualquer tipo de leucemia. Qualquer tipo de câncer benigno. 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, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento da Segurada e não declaradas no ato da contratação;**

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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado desta Cobertura não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a Cobertura de Doenças Graves - Câncer Feminino de mama.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico do Câncer Feminino de Mama da Segurada.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. Após o pagamento da indenização, não haverá reintegração de capital segurado desta Cobertura.

6. TÉRMINO DE COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 71 (setenta e um) anos.

7. CARÊNCIA

7.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice.

7.2. Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.

8. FRANQUIA

8.1. Não há prazo de franquia para esta Cobertura.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pela Segurada;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pela Segurada;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência da Segurada;
- Declaração médica com o histórico clínico e atestando o diagnóstico;
- Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença. É necessária apresentação do laudo do exame anatomopatológico;
- Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar, se houver;
- Declaração da Segurada com a informação de telefone de contato e endereço de

e-mail, caso houver.

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL PARA CIRURGIA (IEC)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, se realizado procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo plano de seguro contratado, em consequência de acidente pessoal ou doença, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos desta Cobertura, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

Nota Explicativa

- Cobertura para procedimentos cirúrgicos invasivos decorrentes de acidente ou doença, realizados em hospital com permanência superior a 48 (quarenta e oito) horas após o procedimento.
- Cirurgias a laser não estão cobertas.
- Não há reintegração do capital da cobertura.
- Cobertura válida até 66 (sessenta e seis) anos.
- Consulte o anexo para a lista completa dos procedimentos cobertos, conforme código AMB.

2. DEFINIÇÕES

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

2.2. **Hospital:** estabelecimento público ou privado, legalmente constituído, licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos, clínicos ou cirúrgicos, em regime de internação.

2.3. **Hospitalização ou Internação Hospitalar:** é a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

2.4. **Cirurgia:** procedimento invasivo, manual ou instrumental no corpo do paciente, realizado em ambiente cirúrgico-hospitalar sob anestesia geral, regional ou local, e que, para efeito deste plano de seguro, imponha permanência no hospital superior a 48 horas, após realização do procedimento cirúrgico.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão disponíveis para contratação as cirurgias apresentadas no **Anexo I** a estas condições especiais, separadas por Categorias Cirúrgicas.

3.2. Para que sejam consideradas como riscos cobertos, as Cirurgias a serem indenizadas, deverão ser por motivos de acidente pessoal ou doença, que tenham ocorrido durante a vigência do risco e após o período de carência, se houver, devendo serem determinadas por médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória.

3.3. Os procedimentos cirúrgicos poderão ser contratados de acordo com as categorias

cirúrgicas A, B, B1, B2 e C, conforme tabelas apresentadas no Anexo I. A(s) categoria(s) de cirurgias contratadas será(ão) definida(s) na proposta de contratação e apólice. Os procedimentos cobertos por este seguro foram selecionados de acordo com seu grau de complexidade.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura 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, 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 individual do seguro; ou
   - Da solicitação de aumento de capital segurado. 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 quando o proponente e/ou beneficiário for pessoa jurídica;

f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;

h) Doenças agravadas por traumatismos;

i) Diagnósticos realizados por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;

j) Quaisquer procedimentos que não sejam os listados no Anexo I a estas condições especiais;

k) Cirurgias que não requerem procedimento invasivo realizado em ambiente hospitalar e que, para efeito deste plano de seguro, não exija permanência no hospital superior a 48 horas, após realização do procedimento;

l) Benefícios gerados por doenças preexistentes;

m) Cirurgia Plástica Estética;

n) Procedimentos vinculados à fertilização assistida ou tratamento de fertilização;

o) Cirurgias vinculadas à maternidade, aborto ou partos normal ou cesáreo;

p) Doação de órgãos ou tecidos;

q) Cirurgia Plástica reparadora em lesões existentes anteriormente à contratação do seguro;

r) Procedimentos relativos à obesidade mórbida, mudança de sexo, doenças congênitas, esterilização, procedimentos cirúrgicos relativos à impotência sexual e procedimentos cirúrgicos decorrentes de Acidente de Trabalho;

s) Cirurgia dental;

t) Cirurgia a laser;

u) Procedimentos vinculados ao tratamento de diálise;

v) 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;

w) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

x) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

y) 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;

z) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da realização da cirurgia indicada na Declaração do Hospital onde for realizado o procedimento cirúrgico.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. Após o pagamento da indenização, não haverá reintegração de capital segurado desta Cobertura.

7. TÉRMINO DE COBERTURA

7.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada, com a cessação da cobrança do Prêmio correspondente, quando o Segurado atingir a idade de 66 (sessenta e seis) anos.

8. CARÊNCIA

8.1. Esta cobertura poderá ter um período de carência de até 6 (seis) meses, respeitado o limite máximo de metade do prazo de vigência da Apólice, que será estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice.

8.1.1. Não há prazo de carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal,

exceto para a tentativa de suicídio ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice.

8.2. Nos casos de aumento do capital segurado será estabelecido um novo prazo de carência, de acordo com o estipulado na Apólice. Nestes casos, o novo período de carência se aplicará somente à parcela do capital correspondente ao aumento.

9. FRANQUIA

9.1. Para que seja devida a indenização dessa cobertura, o segurado deverá permanecer internado por período superior a 48 (quarenta e oito) horas, após realização do procedimento cirúrgico.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pela Segurado;
- Formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pela Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência da Segurado;
- Relatório do médico assistente com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento cirúrgico, atestando a necessidade de realização do procedimento cirúrgico coberto, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- Declaração original do Hospital em papel timbrado, carimbada e assinada pelo Diretor Clínico, comprovando causa e data de internação e data de alta médica;
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando necessário;
- Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando obrigatório;
- Cópia autenticada do prontuário médico fornecido pelo Hospital;
- Exames que justificam o diagnóstico; e
- Comprovante da realização do referido procedimento.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm

função subsidiária.

ANEXO I - CATEGORIAS DE CIRURGIAS COBERTAS – IEC

Código	CATEGORIA A
	CIRURGIA CARDÍACA E HEMODINÂMICA
40040011	ANEURISMA AORTA-TORACICA - CORREÇAO CIRURGICA
40040020	ANEURISMA TORACO-ABDOMINAL - CORREÇAO CIRURGICA
40020010	ANEURISMECTOMIA DE VENTRICULO ESQUERDO
40010058	PLASTIA VALVAR
40020045	REVASCULARIZACAO DO MIOCARDIO
40040089	TRANSPLANTE CARDIACO
40010031	TROCA VALVAR
	CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO
41070070	EXENTERAÇAO - PAROTIDECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL
41070089	EXENTERAÇAO DE ORBITA COM ENXERTO OU RETALHO
41050100	FARINGOLARINGECTOMIA C/ESVAZ.CERV.RECONS.HIPOFARINGE/ESOFAGO
41050088	FARINGOLARINGECTOMIA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL UNILATERAL
41030079	GLOSSECT.C/MANDIB.ESVAZ.CERV.RECONS.CUSTA RETAL.OSTEOMIOCUTANEO
41030060	GLOSSECTOMIA E PELVECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL BILATERAL E RECONSTRUÇÃO
41060067	LARINGECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM ESVAZIAMENTO CERVICAL BILATERAL
41110080	MANDIBULECTOMIA COM RECONSTRUÇAO MICROCIRURGICA
41020081	OPERACAO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL BILATERAL
41020103	OPER.COMP.C/ESVAZ.CERV.BILAT.RECONSTR.CUSTA DE RETALHOS PELE
41020073	OPER.COMP.C/ESVAZ.CERVIC.UNILAT.RECONSTR.CUSTA RETALHOS PELE
41020090	OPER.COMP.C/ESVAZ.CERVIC.UNILAT.RECONSTR.CUSTA RETALHOS PELE
41020065	OPERACAO 'PULL THROUGH'PARA TUMORES DA BOCA C/ESVAZIAM.BILATERAL
41040058	RESSECCAO DE TUMOR DE PAROTIDA COM ENXERTO DE NERVO FACIAL
41090047	RESSEC.TUMOR PAVILHAO AURICULAR INCLUIN.OSSO TEMPORAL/RECONSTRUÇÃO
41100042	RESSECCAO DO MAXILAR SUPERIOR E RECONSTRUCAO CUSTA/RETALHOS
	CIRURGIA VASCULAR E LINFÁTICA
39100014	ANEURISMA ROTO COM / OU DISSECÇAO AGUDA DA AORTA (QUALQUE
39080021	FISTULA ARTERIO VENOSA CERVICAL OU CEFALICA EXTRA-CRANEANA
39080030	FISTULA ARTERIO VENOSA INTRA-TORACICA - GRANDES VASOS
39100065	LESOES VASCULARES TRAMATICAS INTRA-TORACICAS
39040372	PONTE / REVASCULARIZAÇÃO AORTO - BI-FEMORAL
39040445	PONTE AORTICA- REOPERACAO
39040402	PONTE AXILO BI-FEMORAL

39040500	RETIRADA DE PROTESE INFECTADA EM POSICAO NAO AORTICA
39040518	REVASCULARIZACAO AORTO BI-ILIACA
39100073	TRANSPLANTE RENAL-CIRURGIA NO RECEPTOR ANASTOMOSES VASCULAR
39040453	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL
39040470	ANEURISMA AORTICA TORACICA-ABDOMINAL OU ABDOMINAL SUPRARENAL
39040488	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS ANEURISMAS DAS ARTERIAS VISCERAIS
	CIRURGIA DO AP. DIGESTIVO E PAREDE ABDOMINAL
43050298	ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA INTRA-HEPATICA
31001033	AUTOTRANSPLANTE COM MICROCIRURGIA
43030300	CIRURGIA DE ABAIXAMENTO (QUALQUER TECNICA)
43030319	CIRURGIA DE ACESSO POSTERIOR
43030050	COLECTOMIA PARCIAL COM OU SEM COLOSTOMIA
43010075	ESOFAGECTOMIA COM OU SEM TORACOTOMIA
43010083	ESOFAGECTOMIA COM TORACOTOMIA E ESVAZIAMENTO RADICAL
43030157	ESVAZIAMENTO PELVICO TOTAL
43020208	GASTRECTOMIA TOTAL COM LINFADENECTOMIA
43020119	GASTRECTOMIA TOTAL VIA TORACO-ABDOMINAL COM LINFADENECTOMIA
43050212	HEPATORRAFIA COMPLEXA C/LESAO DE ESTRUTURAVASCULARES BILIARES
43050310	LOBECTOMIA HEPATICA
43060021	PANCREATO-DUODENECTOMIA COM LINFADENECTOMIA
43030327	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM RESERVATORIO ILEAL
31001149	REINTERVENÇÃO SOBRE A TRANSIÇÃO ESÔFAGOGÁSTRICA
43050328	RESSECÇAO DE CISTO HEPATICO COM HEPATECTOMIA
54040019	RESSECÇAO DO ESOFAGO CERVICAL COM FARINGO-LARINGO-ESOFAGE
43050301	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESTENOSE CICATRICIAL DAS VIAS BILATERAIS
43050115	TRISEGMENTECTOMIAS
	CIRURGIA OFTALMOLÓGICA
30307040	IMPLANTE DE SILICONE INTRAVÍTREO
	CIRURGIA ORTOPÉDICA
52110044	ARTROPLASTIA TOTAL -COXO FEMORAL
	CIRURGIA OTORRINOLARINGOLÓGICA
30404053	EXPLORACAO E DESCOMPRESSAO TOTAL DO NERVO FACIAL (TRANSMASTÓIDEO, TRANSLABIRÍNTICO, FOSSA MÉDIA)
30404061	IMPLANTE COCLEAR
51020360	RESSECÇAO DO OSSO TEMPORAL
30404134	TUMOR DO NERVO ACÚSTICO (RESSECÇÃO VIA TRANSLABIRÍNTICA OU FOSSA MÉDIA)

	CIRURGIA PLÁSTICA
30207207	FRATURAS COMPLEXAS DO TERÇO MÉDIO DA FACE, FIXAÇÃO CIRÚRGICA COM SÍNTESE, LEVANTAMENTO CRÂNIO-MAXILAR, ENXERTO ÓSSEO, HALO CRANIANO EVENTUAL
54160073	OSTEOTOMIAS CRANEO-MAXILARES COMPLEXAS
54160103	RECONSTRUÇAO TOTAL DA MANDIBULA COM PROTESE E OU ENXERTO
	CIRURGIA TORÁCICA
55020070	PLEURO-PNEUMONECTOMIA
55050085	RESSECÇAO DE TUMOR DO MEDIASTINO
30801060	RESSECÇÃO DE TUMOR TRAQUEAL
55010164	RESSECÇAO PULMONAR ASSOCIADA A ANASTOMOSE BRONQUICA
55060056	TORACECTOMIA E RECONSTRUÇAO (COM OU SEM PROTESE)
	CIRURGIA UROLÓGICA
31101038	ADRENALECTOMIA
56130015	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL
56030657	NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA UNILATERAL
31101224	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA
31101275	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA (MEC, E.H., OU U.S.)
31201113	PROSTATAVESICULECTOMIA RADICAL
56030290	TRANSPLANTE RENAL (RECEPTOR)
31102360	URETERORRENOLITOTRIPSIA
	NEUROCIRURGIA
52010023	ARTRODESE DE COLUNA C/ INSTRUMENTAÇÃO - VIA ANTERIOR
52010015	ARTRODESE DE COLUNA C/ INSTRUMENTAÇÃO - VIA POSTERIOR
30715369	CANAL VERTEBRAL ESTREITO - TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO POR SEGMENTO
31401031	CIRURGIA INTRACRANIANA ENDOSCÓPICA
49030051	CORDOTOMIA E MIELOTOMIA
49010735	CRANIOTOMIA PARA TUMORES CEREBRAIS
49010115	DESCOMPRESSAO NEUROVASCULAR DOS NERVOS CRANIANOS
49010174	FÍSTULA LIQUÓRICA :TRATAMENTO CIRÚRGICO
49010212	HEMATOMA EXTRADURAL E SUBDURAL AGUDO:TRATAMENTO CIRURGICO
49010220	HEMATOMA INTRACEREBRAL:TRATAMENTO CIRURGICO
49030108	HERNIA DISCAL CERVICAL : TRATAMENTO MICROCIRURGIA
49030086	HÉRNIA DISCAL DORSAL OU LOMBAR - TRATAMENTO MICROCIRURGIA
49010255	HIPOFISECTOMIA SELETIVA COM AUXILIO DE MICROSCOPIO CIRURG
49010280	MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA
49040146	MICROCIRURGIA COM ENXERTO INTERVASCULAR DE NERVO PERIFÉRICO
49040324	MICROCIRURGIA DE NERVO COM ENXERTO
49040162	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL
49010743	RECONSTRUÇÃO CRANIANA OU CRÂNIO FACIAL
30715288	SBSTITUIÇÃO DE CORPO VERTEBRAL
30715415	TUMORES EXTRA-INTRADURAIS - MICROCIRURGIA
31401155	TUMORES INTRACRANIANOS: MICROCIRURGIA

49030400	TUMORES INTRAMEDULARES - MICROCIRURGIA
49010131	VENTRICULO ATRIOSTOMIA COM INTERPOSIÇÃO DE VÁLVULA
49010719	VENTRICULOPERITONIOSTOMIA COM INTERPOSIÇÃO DE VÁLVULA
Código	CATEGORIA B
	CIRURGIA CARDÍACA E HEMODINÂMICA
40090329	ABLAÇÃO DE CIRCUITO ARRITMOGÊNICO POR CATETER DE RADIOFREQUÊNCIA
40040011	ANEURISMA AORTA-TORACICA - CORREÇAO CIRURGICA
40040020	ANEURISMA TORACO-ABDOMINAL - CORREÇAO CIRURGICA
40020010	ANEURISMECTOMIA DE VENTRICULO ESQUERDO
40090027	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA DE VASOS MULTIPLOS
40040038	CARDIOTOMIA (FERIMENTO, CORPO ESTRANHO, EXPLORAÇAO)
40040178	CORREÇAO CIRURGICA DAS ARRITMIAS
30912075	EMBOLOTERAPIA
40090060	IMPLANTE DE ENDO-PROTESE INTRACORONARIA / STENT CORONÁRIO
40010058	PLASTIA VALVAR
40020045	REVASCULARIZACAO MIOCARDIO SEM EXTRA CORPOREA
40040089	TRANSPLANTE CARDIACO
40010031	TROCA VALVAR UNICA - VALVOPLASTIA
	CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO
41120078	ESV.CERV.RADIC.AMPLIAN.(TRIANG.POSTER.,CADEIA RECORRENC.) COM RESSECCAO DA PELE
41120060	ESVAZIAMENTO CERVICAL RADICAL BILATERAL
41010060	EXCISAO C/RECONSTR.CUSTA DE RETALHOS ESVAZIAM.CERVICAL-UNILATERAL
41010051	EXCISAO COM RECONSTRUÇAO TOTAL
41070070	EXENTERAÇAO - PAROTIDECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL
41070089	EXENTERAÇAO DE ORBITA COM ENXERTO OU RETALHO
41050070	FARINGOLARINGECTOMIA
41050100	FARINGOLARINGECTOMIA C/ESVAZ.CERV.RECONS.HIPOFARINGE/ESOFAGO
41050088	FARINGOLARINGECTOMIA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL UNILATERAL
41030079	GLOSSECT.C/MANDIB.ESVAZ.CERV.RECONS.CUSTA RETAL.OSTEOMIOCUTANEO
41030036	GLOSSECTOMIA E PELVECTOMIA
41110056	HEMIMANDIBULECTOMIA COM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE
41110064	HEMIMANDIBULECTOMIA COM ENXERTO OSSEO
41060067	LARINGECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM ESVAZIAMENTO CERVICAL BILATERAL
41060059	LARINGECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM ESVAZIAMENTO CERVICAL UNILATERAL
41060040	LARINGECTOMIA TOTAL COM RECONSTRUÇAO PARA FONAÇAO
41110072	MANDIBULECTOMIA COM RECONSTRUÇAO A CUSTA DE OSTEOMIOCUTANEO
41110080	MANDIBULECTOMIA COM RECONSTRUÇAO MICROCIRURGICA
41020057	OPERACAO "PULL THROUGH" PARA TUMORES DA BOCA COM ESVAZIAMENTO

41020081	OPERACAO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL BILATERAL
41020103	OPER.COMP.C/ESVAZ.CERV.BILAT.RECONSTR.CUSTA DE RETALHOS PELE
41020073	OPERACAO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL UNILATERAL
41020090	OPER.COMP.C/ESVAZ.CERVIC.UNILAT.RECONSTR.CUSTA RETALHOS PELE
41020111	OP.COMP.C/ESV.CERV.UNIL.RECONSTR.\CUSTA RETALH.OSTEOMIOCUTANEO
41020065	OPERACAO 'PULL THROUGH'PARA TUMORES DA BOCA C/ESVAZIAM BILATERAL
41040066	PAROTIDECTOMIA TOTAL
41040074	PAROTIDECTOMIA TOTAL C/RESSECAO PELE RECONST. A CUSTA RETALHO
41040082	PAROTIDECTOMIA TOTAL C/RESSECAO RAMO ASCENDENTE DA MANDIBULA
41050053	RESSECÇÃO / EXTIRPACAO TUMOR RINOFARINGE VIA TRANSPALATINA/TRANSMAXILAR
41040090	RESSECCAO DE TUMOR DE GLANDULA SALIVAR C/ESVAZIAM.CERVICAL
41040040	RESSECCAO DE TUMOR DE PAROTIDA COM CONSERVACAO DO NERVO FACIAL
41040058	RESSECÇAO DE TUMOR DE PAROTIDA COM ENXERTO DE NERVO FACIAL
41090047	RESSECCAO DE TUMOR DE PAVILHAO AURICULAR INCLUINDO OSSO TEMPORAL E RECONSTRUCAO
41050061	RESS.TUMOR FARINGE-BASE LINGUA/PAREDE POST.VIA FARINGOTOMIA
41070062	RESSECÇAO DE TUMOR EM ORBITA FECHADA
41070046	RESSECÇAO DE TUMORES DA CAVIDADE ORBITARIA
41050045	RESSECCAO TUMORES DO FARINGE C/RECONS.CUSTA RETALHOS ENXERTO
41100034	RESSECCAO DO MAXILAR SUPERIOR INCLUINDO EXENTERACAO ORBITA
41100042	RESSECCAO DO MAXILAR SUPERIOR E RECONSTRUCAO CUSTA/RETALHOS
41140052	TIREOIDECTOMIA TOTAL
41140060	TIREOIDECTOMIA TOTAL COM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR UNILATERAL
	CIRURGIA GINECOLÓGICA
45050112	HISTERECTOMIA COM OU SEM ANEXETOMIA UNILATERAL OU BILATERAL
45050066	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA (WERTHEIM-MEIGS)
45040206	INCONTINENCIA URINARIA C/ RETOCISTOCELE E ROTURA PERINEAL
30602130	LINFADENECTOMIA AXILAR
30602149	MASTECTOMIA RADICAL E RADICAL MODIFICADA
45030146	VULVECTOMIA AMPLIADA COM LINDAFENECTOMIA
	CIRURGIA VASCULAR E LINFÁTICA

39100014	ANEURISMA ROTO COM / OU DISSECÇAO AGUDA DA AORTA (QUALQUER SEGMENTO)
39040550	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CIRÚRGICA COM COLOCAÇÃO DE ENDOPROTESE
39040305	ARTERIA RENAL UNILATERAL - REVASCULARIZAÇÃO
39040348	ENDARTERECTOMIA AORTO-ILIACA
39040216	ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA - QUALQUER TECNICA
39040356	ENDARTERECTOMIA COM OU S/ REMENDO ILEO-FEMORAL
39080021	FISTULA ARTERIO VENOSA CERVICAL OU CEFALICA EXTRA-CRANEANA
39080030	FISTULA ARTERIO VENOSA INTRA-TORACICA - GRANDES VASOS
30907047	HIPERTENÇÃO PORTAL - QUALQUER TÉCNICA
39100065	LESOES VASCULARES TRAMATICAS INTRA-TORACICAS
39100049	LESOES VASCULARES TRAUMATICAS CERVICAL E CERVICO TORACICA
39050050	LINFEDEMA: RESSECÇAO TOTAL
39040372	PONTE / REVASCULARIZAÇÃO AORTO - BI-FEMORAL
39040380	PONTE / REVASCULARIZAÇÃO AORTO-ILIACA-UNILATERAL
39040445	PONTE AORTICA- REOPERACAO
39040402	PONTE AXILO BI-FEMORAL
39040429	PONTE FEMORO-POPLITEA
39040437	PONTE FEMORO-TIBIAL / REVASCULARIZAÇÃO DISTAL
39040232	PONTES TRANS-CERVICAIS - QUALQUER TIPO
39040500	RETIRADA DE PROTESE INFECTADA EM POSICAO NAO AORTICA
39040518	REVASCULARIZACAO AORTO BI-ILIACA
39040275	REVASCULARIZAÇÃO DA ARTERIA HIPOGASTRICA
39040283	REVASCULARIZAÇÃO DA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR
39040313	REVASCULARIZAÇÃO DE TRONCO CELIACO
39040240	REVASCULARIZACAO DE TRONCOS SUPRA-AORTICOS QUALQUER TIPO
39030180	SINDROME POS TROMBOTICA - TRATAMENTO CIRURGICO BILATERAL
39100073	TRANSPLANTE RENAL-CIRURGIA NO RECEPTOR ANASTOMOSES VASCULARES
39040542	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANEURISMA AXILIAR,FEMORAL,POPLITEO
30906016	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL
39040470	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ANEURISMA AORTICA TORACICA-ABDOMINAL OU ABDOMINAL SUPRARENAL
39040461	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ANEURISMA DAS ARTÉRIAS CAROTIDA,SUBCLAVIA,AXILAR,ILIACA,FEMORAL,POPLITEA
39040488	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS ANEURISMAS DAS ARTERIAS VISCERAIS (ESPLENICA,RENAL E HEPATICA)
39030113	VARIZES - TRATAMENTO CIRURGICO BILATERAL (02 MEMBROS)
	CIRURGIA DO AP. DIGESTIVO E PAREDE ABDOMINAL
43030033	AMPUTACAO ABDOMICO-PERINEAL DO RETO (COMPLETA)
43050298	ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA INTRA-HEPATICA
31001033	AUTOTRANSPLANTE COM MICROCIRURGIA
43010024	CARDIOPLASTIA VIA TORÁCICA
43030300	CIRURGIA DE ABAIXAMENTO (QUALQUER TECNICA)

43030319	CIRURGIA DE ACESSO POSTERIOR
43050190	COLECISTECTOMIA COM COLANGIOGRAFIA
43050174	COLECISTECTOMIA COM FISTULA BILIO-DIGESTIVA
43050220	COLECISTOJEJUNOSTOMIA
43030050	COLECTOMIA PARCIAL COM OU SEM COLOSTOMIA
43030076	COLECTOMIA TOTAL COM ILEO-RETO ANASTOMOSE
31003192	COLECTOMIA TOTAL COM ILEOSTOMIA
43050140	COLEDOCO OU HEPATICO-JEJUNOSTOMIA (QUALQUER TECNICA)
43050123	COLEDOCO OU HEPATICOPLASTIA
43010067	DERIVACAO ESOFAGICA COM TORACOTOMIA
43010059	DERIVACAO ESOFAGICA SEM TORACOTOMIA
23020113	DIVERTICULECTOMIA ESOFÁGICO
43010075	ESOFAGECTOMIA COM OU SEM TORACOTOMIA
43010083	ESOFAGECTOMIA COM TORACOTOMIA E ESVAZIAMENTO RADICAL
43030157	ESVAZIAMENTO PELVICO TOTAL
43020089	GASTRECTOMIA PARCIAL COM VAGOTOMIA
43020208	GASTRECTOMIA TOTAL COM LINFADENECTOMIA
43020100	GASTRECTOMIA TOTAL VIA ABDOMINAL
43020119	GASTRECTOMIA TOTAL VIA TORACO-ABDOMINAL COM LINFADENECTOMIA
43080286	HERNIORRAFIA INCISIONAL COMPLEXA
43050085	LOBECTOMIA HEPATICA
43060021	PANCREATO-DUODENECTOMIA COM LINFADENECTOMIA
43030220	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL
43030327	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM RESERVATORIO ILEAL
43040187	RECONSTITUIÇÃO DE ESFINCTER ANAL POR PLÁSTICA MUSCULAR (QUALQUER TÉCNICA)
43050344	RESSECÇAO DE CISTO HEPATICO COM HEPATECTOMIA
43050328	RESSECÇÃO DE CISTO HEPÁTICO SEM HEPATECTOMIA
43050255	RESSECÇAO DE TUMOR DE VIA BILIAR SEM HEPATECTOMIA
43010148	RESSECÇAO DO ESOFAGO CERVICAL COM FARINGO-LARINGO-ESOFAGE
43050107	SEGMENTECTOMIAS HEPATICAS
43010172	TRATAMENTO CIRURGICO DAS VARIZES ESOFAGICAS
43050301	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESTENOSE CICATRICIAL DAS VIAS BIL
43050115	TRISEGMENTECTOMIAS
	CIRURGIA ENDOCRINOLÓGICA
44020015	SUPRARRENALECTOMIA UNILATERAL
	CIRURGIA OFTALMOLÓGICA
50060040	FACECTOMIA COM IMPLANTE
50060031	FACECTOMIA SEM IMPLANTE
50070045	IMPLANTE DE SILICONE INTRAVÍTREO
50090062	RECONSTITUICAO DE GLOBO OCULAR COM LESAO DE ESTRUTURAS IN
50120042	RECONSTITUIÇÃO DE PAREDES ORBITÁRIAS
50120077	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DA CAV. ORBITÁRIA
50140035	RETINOPEXIA POR IMPLANTE ESCLERAL
50120034	TUMOR -EXERESE
50030078	TX CONJUNTIVAL
50070061	VITRECTOMIA VIAS PARS PLANA

	CIRURGIA ORTOPÉDICA
52110036	ARTRODESE COXO-FEMORAL
52010023	ARTRODESE DA COLUNA VERTEBRAL VIA ANTERIOR OU POSTERO LAT
52010015	ARTRODESE DA COLUNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR
52130045	ARTROPLASTIA DO JOELHO COM IMPLANTE
52080048	ARTROPLASTIA DO PUNHO COM IMPLANTE
52150054	ARTROPLASTIA DO TORNOZELO COM IMPLANTE
52110044	ARTROPLASTIA PARCIAL COXO-FEMORAL
52110052	ARTROPLASTIA TOTAL -COXO FEMORAL
52010210	ESPONDILOLISTESE
52010279	FRATURA OU FRATURA-LUXACAO DA COLUNA-TRATAMENTO CIRURGICO
52120104	FRATURAS DO FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO
52010341	HERNIA DISCAL-TRATAMENTO CIRURGICO
52130223	LESOES AGUDAS COMPLEXAS DO JOELHO(LIGAMENTO + MENISCO + F
52010368	OSTEOTOMIA DA COLUNA
52220079	RESSECÇÃO COM SUBSTITUIÇÃO
52010430	TUMOR OSSEO VERTEBRAL - RESSECÇAO COM SUBSTITUICAO C/ OU S/ INSTRUMENT
	CIRURGIA OTORRINOLARINGOLÓGICA
51040166	DESCOMPRESSÃO ORBITÁRIA TRANSMAXILO-ETMOIDAL
51020297	EXPLORACAO E DESCOMPRESSAO TOTAL DO NERVO FACIAL (TRANSMA
51020157	GLOMUS DE JUGULAR -RESSECÇÃO
51020394	IMPLANTE COCLEAR
51040190	NASO-ANGIOFIBROMA-RESSECÇAO
51020360	RESSECÇAO DO OSSO TEMPORAL
51020262	TIMPANOMASTOIDECTOMIA
51020378	TUMOR DO NERVO ACÚSTICO
	CIRURGIA PLÁSTICA
54160014	ARTROPLASTIA PARA LUXACAO RECIDIVANTE DA ARTILULACAO TEMP
54130069	CORREÇAO DE RETRACAO CERVICAL
54150019	DESCOMPRESSAO DE ORBITA
54150167	FRATURA COMINUTIVA DE MANDIBULA - REDUÇAO CIRURGICA C/FIX
54150221	FRATURA LEFORT II - FIXACAO CIRURGICA COM SINTESE OSSEA L
54150230	FRATURA LEFORT III - FIXACAO CIRURGICA COM SINTESE OSSEA
54150108	FRATURA NASO-ETMOIDO-ORBITARIO (UNI/BI/LATERAL)
54150175	FRATURAS COMPLEXAS DE MANDIBULA-REDUÇAO CIRURGICA COM FIX
54150256	FRATURAS COMPLEXAS DO TERCO MEDIO DA FACE-FIXACAO CIRURGI
54040035	MANDIBULECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO ORBITARIO E RINOTOMIA LAT.
54170028	OSTEOPLASTIA DA MANDIBULA
54170044	OSTEOPLASTIAS DA ORBITA
54170010	OSTEOPLASTIAS DO ETMOIDO ORBITARIAS
54160065	OSTEOTOMIA TIPO LEFORT II

54160073	OSTEOTOMIA TIPO LEFORT III - EXTRA CRANEANA
54160081	OSTEOTOMIAS CRANEO-MAXILARES COMPLEXAS
54020050	PALATOPLASTIA
54020069	PALATOPLASTIA COM ENXERTO
54020077	PALATOPLASTIA COM RETALHO FARÍNGEO
54060044	RECONSTRUÇAO DO LABIO
54140072	RECONSTRUÇAO DE MAMA
54160103	RECONSTRUÇAO PARCIAL DA MANDIBULA COM ENXERTO OSSEO
54160111	RECONSTRUÇAO TOTAL DA MANDIBULA COM PROTESE E OU ENXERTO
54110068	RECONSTRUÇAO TOTAL DA ORELHA (UM ESTAGIO)
	CIRURGIA TORÁCICA
55050026	BOCIO INTRA-TORACICO RESSECÇAO POR VIA TRANS-ESTERNAL OU
55010040	BULECTOMIA BILATERAL COM ESTERNOTOMIA
55030106	COLOCAÇAO DE PROTESE TRAQUEAL
55060048	ESTERNECTOMIA TOTAL OU SUBTOTAL C/ OU S/ PROTESE
55010253	LOBECTOMIA ALARGADA
55020070	PLEURO-PNEUMONECTOMIA
55010091	PNEUMONECTOMIA "STANDARD"
55050085	RESSECÇAO DE TUMOR DO MEDIASTINO
55030041	RESSECÇÃO DE TUMOR TRAQUEAL
55010164	RESSECÇAO PULMONAR ASSOCIADA A ANASTOMOSE BRONQUICA
55060161	RESSUTURA DA DEISCENCIA DE ESTERNO APOS ESTERNOTOMIA
55010180	SEGMENTECTOMIA
55050093	TIMECTOMIA POR VIA TRANS-ESTERNAL
55060056	TORACECTOMIA E RECONSTRUÇAO (COM OU SEM PROTESE)
55060145	TORACOTOMIA PARA ACESSO A PROCEDIMENTO ORTOPEDICO
	CIRURGIA UROLÓGICA
56030630	ADRENALECTOMIA
56050038	CISTECTOMIA RADICAL
56050496	CISTOIITÒTRIPSIA TRANSURETRAL (U.S., E.H., E.C.)
56050097	ENTEROCISTOPLASTIA (AMPLIAÇÃO VESICAL)
56050208	EXTROFIA VESICAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO
56050542	INCONTINÊNCIA URINARIA - "SLING" VAGINAL OU ABDOMINAL
56130023	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL
56030118	NEFRECTOMIA BILATERAL
56030657	NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA UNILATERAL
56030428	NEFRECTOMIA RADICAL
56030193	NEFRO OU PIELOENTEROCISTOSTOMIA
56030134	NEFROLITOTOMIA ANATRÓFICA
56030576	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA
56030614	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA (MEC, E.H., OU U.S.)
56030207	NEFROURETERECTOMIA COM RESSECCÂO VESICAL
56030223	PIELOLITOTOMIA COM NEFROLITOTOMIA ANATRÓFICA
56070047	PROSTATAVESICULECTOMIA RADICAL
56070039	PROSTATECTOMIA A CÉU ABERTO.
56070055	RESSECCÂO ENDOSCÓPICA DA PRÓSTATA
56030290	TRANSPLANTE RENAL (RECEPTOR).
56030304	TUMORES RETRO-PERITONIAIS MALIGNOS - EXÉRESE

56040725	URETERORRENOLITOTRIPSIA
56040334	URETEROURETEROCISTONEOSTOMIA
	NEUROCIRURGIA
49010018	ABCESSO CEREBRAL:CRANIOTOMIA PARA TRATAMENTO CIRURGICO
49030019	ABCESSO EPIDURAL-LAMINECTOMIA
49030361	ARTRODESE DE COLUNA C/ INSTRUMENTAÇÃO - VIA ANTERIOR
49030370	ARTRODESE DE COLUNA C/ INSTRUMENTAÇÃO - VIA POSTERIOR
49030345	CANAL VERTEBRAL ESTREITO - TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO
49010662	CIRURGIA INTRACRANIANA ENDOSCÓPICA
49030043	CORDOTOMIA E MIELOTOMIA
49010735	CRANIOTOMIA PARA TUMORES CEREBRAIS
49030060	DERIVAÇÃO LOMBO-PERITONEAL
49010115	DESCOMPRESSAO NEUROVASCULAR DOS NERVOS CRANIANOS
49010174	FÍSTULA LIQUÓRICA :TRATAMENTO CIRÚRGICO
49010212	HEMATOMA EXTRADURAL E SUBDURAL AGUDO:TRATAMENTO CIRURGICO
49010220	HEMATOMA INTRACEREBRAL:TRATAMENTO CIRURGICO
49030108	HERNIA DISCAL CERVICAL : TRATAMENTO MICROCIRURGIA
49030353	HÉRNIA DISCAL DORSAL OU LOMBAR - TRATAMENTO MICROCIRURGIA
49030086	HERNIA DISCAL DORSAL OU LOMBAR:TRATAMENTO CIRÚRGICO
49010255	HIPOFISECTOMIA SELETIVA COM AUXILIO DE MICROSCOPIO CIRURG
49030159	LESAO TRAUMATICA RAQUIMEDULAR COM LAMINECTOMIA
49010280	MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA
49040146	MICROCIRURGIA COM ENXERTO INTERVASCULAR DE NERVO PERIFÉRICO
49040324	MICROCIRURGIA DE NERVO COM ENXERTO
49040162	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL
49040316	NEUROPATIAS COMPRESSIVAS
49040227	NEURORRAFIA MÚLTIPLA
49010743	RECONSTRUÇÃO CRANIANA OU CRÂNIO FACIAL
49040375	SIMPATECTOMIA CERVICAL OU TORÁCICA
49010182	TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE CRÂNIO
49030388	TUMORES EXTRA-INTRADURAIS - MICROCIRURGIA
49010565	TUMORES INTRACRANIANOS: MICROCIRURGIA
49030400	TUMORES INTRAMEDULARES - MICROCIRURGIA
49030256	TUMORES VERTEBRAIS - TRATAMENTO CIRÚRGICO
49010131	VENTRICULO ATRIOSTOMIA COM INTERPOSIÇÃO DE VÁLVULA
49010719	VENTRICULOPERITONIOSTOMIA COM INTERPOSIÇÃO DE VÁLVULA
Código	CATEGORIA B1
	CIRURGIA CARDÍACA E HEMODINÂMICA
40090329	ABLAÇÃO DE CIRCUITO ARRITMOGÊNICO POR CATTER DE RADIO
40040011	ANEURISMA AORTA-TORACICA - CORREÇAO CIRURGICA
40040020	ANEURISMA TORACO-ABDOMINAL - CORREÇAO CIRURGICA
40020010	ANEURISMECTOMIA DE VENTRICULO ESQUERDO
40090027	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA DE VASOS MULTIPLOS
40040038	CARDIOTOMIA (FERIMENTO, CORPO ESTRANHO, EXPLORAÇAO)
40040178	CORREÇAO CIRURGICA DAS ARRITMIAS

40090183	EMBOLOTERAPIA
40090060	IMPLANTE DE ENDO-PROTESE INTRACORONARIA / STENT CORONÁRIO
40010058	PLASTIA VALVAR
40020045	REVASCULARIZACAO DO MIOCARDIO
40040089	TRANSPLANTE CARDIACO
40010031	TROCA VALVAR
	CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO
41120078	ESVAZIAMENTO CERVICAL RADICAL AMPLIADO (INCLUINDO TRIANGU
41120060	ESVAZIAMENTO CERVICAL RADICAL BILATERAL
41010060	EXCISAO COM RECONSTRUÇAO A CUSTA DE RETALHOS E ESVAZIAMENTO
41010051	EXCISAO COM RECONSTRUÇAO TOTAL
41070070	EXENTERAÇAO - PAROTIDECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL
41070089	EXENTERAÇAO DE ORBITA COM ENXERTO OU RETALHO
41050070	FARINGOLARINGECTOMIA
41050100	FARINGOLARINGECTOMIA COM ESVAZ.CERVICAL E RECONSTRUÇAO
41050088	FARINGOLARINGECTOMIA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL UNILATERAL
41030079	GLOSSECTOMIA C/ MANDIBULECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL
41030060	GLOSSECTOMIA E PELVECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL BILAT. E RECONSTRUÇÃO
41110056	HEMIMANDIBULECTOMIA COM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE
41110064	HEMIMANDIBULECTOMIA COM ENXERTO OSSEO
41060067	LARINGECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM ESVAZIAMENTO CERVICAL BILAT.
41060059	LARINGECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM ESVAZIAMENTO CERVICAL UNILAT.
41060040	LARINGECTOMIA TOTAL COM RECONSTRUÇAO PARA FONAÇAO
41110072	MANDIBULECTOMIA COM RECONSTRUÇAO A CUSTA DE OSTEOMIOCUTANEA
41110080	MANDIBULECTOMIA COM RECONSTRUÇAO MICROCIRURGICA
41020057	OPERACAO "PULL THROUGH" PARA TUMORES DA BOCA COM ESVAZIAMENTO
41020081	OPERACAO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL BILATERAL
41020103	OPERACAO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL BILATERAL
41020073	OPERACAO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL UNILATERAL
41020090	OPERACAO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL UNILATERAL
41020111	OPERACAO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO UNILATERAL E RECONSTRUÇÃO
41020065	OPERACAO"PULL THROUGH" PARA TUMORES DA BOCA COM ESVAZIAMENTO
41040066	PAROTIDECTOMIA TOTAL

41040074	PAROTIDECTOMIA TOTAL COM RESSECÇAO DE PELE E RECONSTRUÇAO
41040082	PAROTIDECTOMIA TOTAL COM RESSECÇAO DO RAMO ASCENDENTE
41050053	RESSECÇÃO / EXTIRPAÇAO DE TUMOR DO RINOFARINGE VIA TRANSP.
41040090	RESSECÇAO DE TUMOR DE GLANDULAS SALIVAR COM ESVAZIAMENTO
41040040	RESSECÇAO DE TUMOR DE PAROTIDA COM CONSERVAÇAO DO NERVO
41040058	RESSECÇAO DE TUMOR DE PAROTIDA COM ENXERTO DE NERVO FACIAL
41090047	RESSECÇAO DE TUMOR DE PAVILHAO AURICULAR INCLUINDO OSSO
41050061	RESSECÇAO DE TUMOR DO FARINGE - BASE DA LINGUA OU PAREDE
41070062	RESSECÇAO DE TUMOR EM ORBITA FECHADA
41070046	RESSECÇAO DE TUMORES DA CAVIDADE ORBITARIA
41050045	RESSECÇAO DE TUMORES DO FARINGE COM RECONSTRUÇAO A CUSTA
41100034	RESSECÇAO DO MAXILAR INCLUINDO EXENTERACAO DE ORBITA
41100042	RESSECÇAO DO MAXILAR SUPERIOR E RECONSTRUÇAO A CUSTA
41140052	TIREOIDECTOMIA TOTAL
41140060	TIREOIDECTOMIA TOTAL COM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR UNILATERAL
	CIRURGIA GINECOLÓGICA
45050112	HISTERECTOMIA COM OU SEM ANEXETOMIA UNI OU BILATERAL
45050066	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA (WERTHEIM-MEIGS)
45040206	INCONTINENCIA URINARIA C/ RETOCISTOCELE E ROTURA PERINEAL
45090246	LINFADENECTOMIA AXILAR
45090084	MASTECTOMIA RADICAL E RADICAL MODIFICADA
45030146	VULVECTOMIA AMPLIADA COM LINDAFENECTOMIA
	CIRURGIA VASCULAR E LINFÁTICA
39100014	ANEURISMA ROTO COM / OU DISSECÇAO AGUDA DA AORTA
39040550	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CIRÚRGICA COM COLOCAÇÃO DE ENDO.
39040305	ARTERIA RENAL UNILATERAL - REVASCULARIZAÇÃO
39040348	ENDARTERECTOMIA AORTO-ILIACA
39040216	ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA - QUALQUER TECNICA
39040356	ENDARTERECTOMIA COM OU S/ REMENDO ILEO-FEMORAL
39080021	FISTULA ARTERIO VENOSA CERVICAL OU CEFALICA EXTRA-CRANEANA
39080030	FISTULA ARTERIO VENOSA INTRA-TORACICA - GRANDES VASOS
39030032	HIPERTENÇÃO PORTAL - QUALQUER TÉCNICA
39100065	LESOES VASCULARES TRAMATICAS INTRA-TORACICAS
39100049	LESOES VASCULARES TRAUMATICAS CERVICAL E CERVICO TORACICA
39050050	LINFEDEMA: RESSECÇAO TOTAL
39040372	PONTE / REVASCULARIZAÇÃO AORTO - BI-FEMORAL
39040380	PONTE / REVASCULARIZAÇÃO AORTO-ILIACA-UNILATERAL

39040445	PONTE AORTICA- REOPERACAO
39040402	PONTE AXILO BI-FEMORAL
39040429	PONTE FEMORO-POPLITEA
39040437	PONTE FEMORO-TIBIAL / REVASCULARIZAÇÃO DISTAL
39040232	PONTES TRANS-CERVICAIS - QUALQUER TIPO
39040500	RETIRADA DE PROTESE INFECTADA EM POSICAO NAO AORTICA
39040518	REVASCULARIZACAO AORTO BI-ILIACA
39040275	REVASCULARIZAÇÃO DA ARTERIA HIPOGASTRICA
39040283	REVASCULARIZAÇÃO DA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR
39040313	REVASCULARIZAÇÃO DE TRONCO CELIACO
39040240	REVASCULARIZACAO DE TRONCOS SUPRA-AORTICOS QUALQUER TIPO
39030180	SINDROME POS TROMBOTICA - TRATAMENTO CIRURGICO BILATERAL
39100073	TRANSPLANTE RENAL-CIRURGIA NO RECEPTOR ANASTOMOSES VASCUL
39040542	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANEURISMA DA ARTÉRIA AXILAR ,FEMO
39040453	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL
39040470	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ANEURISMA DA AORTICA TORÁCICA
39040461	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ANEURISMA DAS ARTÉRIAS CAROTIDA
39040488	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS ANEURISMAS DAS ARTERIAS VISCERAL
	CIRURGIA DO AP. DIGESTIVO E PAREDE ABDOMINAL
43030033	AMPUTACAO ABDOMICO-PERINEAL DO RETO (COMPLETA)
43050298	ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA INTRA-HEPATICA
43010199	AUTOTRANSPLANTE COM MICROCIRURGIA
43010024	CARDIOPLASTIA VIA TORÁCICA
43030300	CIRURGIA DE ABAIXAMENTO (QUALQUER TECNICA)
43030319	CIRURGIA DE ACESSO POSTERIOR
43050190	COLECISTECTOMIA COM COLANGIOGRAFIA
43050174	COLECISTECTOMIA COM FISTULA BILIO-DIGESTIVA
43050220	COLECISTOJEJUNOSTOMIA
43030335	COLECTOMIA PARCIAL COM COLOSTOMIA
43030076	COLECTOMIA TOTAL COM ILEO-RETO ANASTOMOSE
43030068	COLECTOMIA TOTAL COM ILEOSTOMIA
43050140	COLEDOCO OU HEPATICO-JEJUNOSTOMIA (QUALQUER TECNICA)
43050123	COLEDOCO OU HEPATICOPLASTIA
43010067	DERIVACAO ESOFAGICA COM TORACOTOMIA
43010059	DERIVACAO ESOFAGICA SEM TORACOTOMIA
43010040	DIVERTICULECTOMIA ESOFÁGICO
43010075	ESOFAGECTOMIA COM OU SEM TORACOTOMIA
43010083	ESOFAGECTOMIA COM TORACOTOMIA E ESVAZIAMENTO RADICAL
43030157	ESVAZIAMENTO PELVICO TOTAL
43020089	GASTRECTOMIA PARCIAL COM VAGOTOMIA
43020208	GASTRECTOMIA TOTAL COM LINFADENECTOMIA
43020100	GASTRECTOMIA TOTAL VIA ABDOMINAL
43020119	GASTRECTOMIA TOTAL VIA TORACO-ABDOMINAL COM LINFADENECTOMIA

43050212	HEPATORRAFIA COMPLEXA C/LESAO DE ESTRUTURAVASCULARES BILI
43080286	HERNIORRAFIA INCISIONAL COMPLEXA
43050085	LOBECTOMIA HEPATICA
43060021	PANCREATO-DUODENECTOMIA COM LINFADENECTOMIA
43030220	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL
43030327	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM RESERVATORIO ILEAL
43040187	RECONSTITUIÇÃO DE ESFINCTER ANAL POR PLÁSTICA MUSCULAR (QUALQUER TÉCNICA)
43010270	REINTERVENÇÃO SOBRE A TRANSIÇÃO ESÔFAGOGÁSTRICA
43050344	RESSECÇAO DE CISTO HEPATICO COM HEPATECTOMIA
43050328	RESSECÇÃO DE CISTO HEPÁTICO SEM HEPATECTOMIA
43050255	RESSECÇAO DE TUMOR DE VIA BILIAR SEM HEPATECTOMIA
43010148	RESSECÇAO DO ESOFAGO CERVICAL COM FARINGO-LARINGO-ESOFAGE
43050107	SEGMENTECTOMIAS HEPATICAS
43010172	TRATAMENTO CIRURGICO DAS VARIZES ESOFAGICAS
43050301	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESTENOSE CICATRICIAL DAS VIAS BILI
43050115	TRISEGMENTECTOMIAS
	CIRURGIA ENDOCRINOLÓGICA
44020015	SUPRARRENALECTOMIA UNILATERAL
	CIRURGIA OFTALMOLÓGICA
50060040	FACECTOMIA COM IMPLANTE
50060031	FACECTOMIA SEM IMPLANTE
50070045	IMPLANTE DE SILICONE INTRAVÍTREO
50090062	RECONSTITUICAO DE GLOBO OCULAR COM LESAO DE ESTRUTURAS INTER.
50120042	RECONSTITUIÇÃO DE PAREDES ORBITÁRIAS
50120077	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DA CAV. ORBITÁRIA
50140035	RETINOPEXIA POR IMPLANTE ESCLERAL
50120034	TUMOR -EXERESE
50030078	TX CONJUNTIVAL
50070061	VITRECTOMIA VIAS PARS PLANA
	CIRURGIA ORTOPÉDICA
52110036	ARTRODESE COXO-FEMORAL
52010023	ARTRODESE DA COLUNA VERTEBRAL VIA ANTERIOR OU POSTERO
52010015	ARTRODESE DA COLUNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR
52130045	ARTROPLASTIA DO JOELHO COM IMPLANTE
52080048	ARTROPLASTIA DO PUNHO COM IMPLANTE
52150054	ARTROPLASTIA DO TORNOZELO COM IMPLANTE
52110044	ARTROPLASTIA PARCIAL COXO-FEMORAL
52110052	ARTROPLASTIA TOTAL -COXO FEMORAL
52010210	ESPONDILOLISTESE
52010279	FRATURA OU FRATURA-LUXACAO DA COLUNA-TRATAMENTO CIRURGICO
52120104	FRATURAS DO FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO
52010341	HERNIA DISCAL-TRATAMENTO CIRURGICO
52130223	LESOES AGUDAS COMPLEXAS DO JOELHO(LIGAMENTO + MENISCO
52010368	OSTEOTOMIA DA COLUNA

52220079	RESSECÇÃO COM SUBSTITUIÇÃO
52010430	TUMOR OSSEO VERTEBRAL - RESSECÇAO COM SUBSTITUICAO C/ OU S/ INSTRUMENT
	CIRURGIA OTORRINOLARINGOLÓGICA
51040166	DESCOMPRESSÃO ORBITÁRIA TRANSMAXILO-ETMOIDAL
51020297	EXPLORACAO E DESCOMPRESSAO TOTAL DO NERVO FACIAL
51020157	GLOMUS DE JUGULAR -RESSECÇÃO
51020394	IMPLANTE COCLEAR
51040190	NASO-ANGIOFIBROMA-RESSECÇAO
51020360	RESSECÇAO DO OSSO TEMPORAL
51040204	SINUSECTOMIAMAXILAR, ETMOIDAL OU ESFENOIDAL ENDOSCÓPICA OU MICROSCOPIA
51020262	TIMPANOMASTOIDECTOMIA
51020378	TUMOR DO NERVO ACÚSTICO
	CIRURGIA PLÁSTICA
54160014	ARTROPLASTIA PARA LUXACAO RECIDIVANTE DA ARTILULACAO TEMP
54130069	CORREÇAO DE RETRACAO CERVICAL
54150019	DESCOMPRESSAO DE ORBITA
54150167	FRATURA COMINUTIVA DE MANDIBULA - REDUÇAO CIRURGICA C/FIX
54150221	FRATURA LEFORT II - FIXACAO CIRURGICA COM SINTESE OSSEA
54150230	FRATURA LEFORT III - FIXACAO CIRURGICA COM SINTESE OSSEA
54150108	FRATURA NASO-ETMOIDO-ORBITARIO (UNI/BI/LATERAL)
54150175	FRATURAS COMPLEXAS DE MANDIBULA-REDUÇAO CIRURGICA COM FIX
54150256	FRATURAS COMPLEXAS DO TERCO MEDIO DA FACE-FIXACAO CIRURGICA
54040035	MANDIBULECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO ORBITARIO E RINOTOMIA LAT.
54170028	OSTEOPLASTIA DA MANDIBULA
54170044	OSTEOPLASTIAS DA ORBITA
54170010	OSTEOPLASTIAS DO ETMOIDO ORBITARIAS
54160065	OSTEOTOMIA TIPO LEFORT II
54160073	OSTEOTOMIA TIPO LEFORT III - EXTRA CRANEANA
54160081	OSTEOTOMIAS CRANEO-MAXILARES COMPLEXAS
54020050	PALATOPLASTIA
54020069	PALATOPLASTIA COM ENXERTO
54020077	PALATOPLASTIA COM RETALHO FARÍNGEO
54060044	RECONSTRUÇAO DO LABIO
54140072	RECONSTRUÇAO DE MAMA
54160103	RECONSTRUÇAO PARCIAL DA MANDIBULA COM ENXERTO OSSEO
54160111	RECONSTRUÇAO TOTAL DA MANDIBULA COM PROTESE E OU ENXERTO
54110068	RECONSTRUÇAO TOTAL DA ORELHA (UM ESTAGIO)
	CIRURGIA TORÁCICA
55050026	BOCIO INTRA-TORACICO RESSECÇAO POR VIA TRANS-ESTERNAL OU
55010040	BULECTOMIA BILATERAL COM ESTERNOTOMIA
55030106	COLOCAÇAO DE PROTESE TRAQUEAL
55060048	ESTERNECTOMIA TOTAL OU SUBTOTAL C/ OU S/ PROTESE

55010253	LOBECTOMIA ALARGADA
55020070	PLEURO-PNEUMONECTOMIA
55010091	PNEUMONECTOMIA "STANDARD"
55050085	RESSECÇAO DE TUMOR DO MEDIASTINO
55030041	RESSECÇÃO DE TUMOR TRAQUEAL
55010164	RESSECÇAO PULMONAR ASSOCIADA A ANASTOMOSE BRONQUICA
55060161	RESSUTURA DA DEISCENCIA DE ESTERNO APOS ESTERNOTOMIA
55010180	SEGMENTECTOMIA
55050093	TIMECTOMIA POR VIA TRANS-ESTERNAL
55060056	TORACECTOMIA E RECONSTRUÇAO (COM OU SEM PROTESE)
55060145	TORACOTOMIA PARA ACESSO A PROCEDIMENTO ORTOPEDICO
	CIRURGIA UROLÓGICA
56030630	ADRENALECTOMIA
56050038	CISTECTOMIA RADICAL
56050496	CISTOIITÒTRIPSIA TRANSURETRAL (U.S., E.H., E.C.)
56050097	ENTEROCISTOPLASTIA (AMPLIAÇÃO VESICAL)
56050208	EXTROFIA VESICAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO
56050542	INCONTINÊNCIA URINARIA - "SLING" VAGINAL OU ABDOMINAL
56130023	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL
56030118	NEFRECTOMIA BILATERAL
56030657	NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA UNILATERAL
56030428	NEFRECTOMIA RADICAL
56030193	NEFRO OU PIELOENTEROCISTOSTOMIA
56030134	NEFROLITOTOMIA ANATRÓFICA
56030576	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA
56030614	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA (MEC, E.H., OU U.S.)
56030207	NEFROURETERECTOMIA COM RESSECCÂO VESICAL
56030223	PIELOLITOTOMIA COM NEFROLITOTOMIA ANATRÓFICA
56070047	PROSTATAVESICULECTOMIA RADICAL
56070039	PROSTATECTOMIA A CÉU ABERTO.
56070055	RESSECCÂO ENDOSCÓPICA DA PRÓSTATA
56030290	TRANSPLANTE RENAL (RECEPTOR).
56030304	TUMORES RETRO-PERITONIAIS MALIGNOS - EXÉRESE
56040725	URETERORRENOLITOTRIPSIA
56040334	URETEROURETEROCISTONEOSTOMIA
	NEUROCIRURGIA
49010018	ABCESSO CEREBRAL:CRANIOTOMIA PARA TRATAMENTO CIRURGICO
49030019	ABCESSO EPIDURAL-LAMINECTOMIA
49030361	ARTRODESE DE COLUNA C/ INSTRUMENTAÇÃO - VIA ANTERIOR
49030370	ARTRODESE DE COLUNA C/ INSTRUMENTAÇÃO - VIA POSTERIOR
49030345	CANAL VERTEBRAL ESTREITO - TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO
49010662	CIRURGIA INTRACRANIANA ENDOSCÓPICA
49030043	CORDOTOMIA E MIELOTOMIA
49010735	CRANIOTOMIA PARA TUMORES CEREBRAIS
49010140	DERICAÇÃO VENTRÍCULAR EXTERNA
49030060	DERIVAÇÃO LOMBO-PERITONEAL
49010115	DESCOMPRESSAO NEUROVASCULAR DOS NERVOS CRANIANOS
49010174	FÍSTULA LIQUÓRICA: TRATAMENTO CIRÚRGICO

49010212	HEMATOMA EXTRADURAL E SUBDURAL AGUDO:TRATAMENTO CIRURGICO
49010220	HEMATOMA INTRACEREBRAL:TRATAMENTO CIRURGICO
49030108	HERNIA DISCAL CERVICAL : TRATAMENTO MICROCIRURGIA
49030353	HÉRNIA DISCAL DORSAL OU LOMBAR - TRATAMENTO MICROCIRURGIA
49030086	HERNIA DISCAL DORSAL OU LOMBAR:TRATAMENTO CIRÚRGICO
49010255	HIPOFISECTOMIA SELETIVA COM AUXILIO DE MICROSCOPIO CIRURG
49030159	LESAO TRAUMATICA RAQUIMEDULAR COM LAMINECTOMIA
49010280	MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA
49040146	MICROCIRURGIA COM ENXERTO INTERVASCULAR DE NERVO PERIFÉRICO
49040324	MICROCIRURGIA DE NERVO COM ENXERTO
49040162	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL
49040316	NEUROPATIAS COMPRESSIVAS
49040227	NEURORRAFIA MÚLTIPLA
49010743	RECONSTRUÇÃO CRANIANA OU CRÂNIO FACIAL
49030396	SBSTITUIÇÃO DE CORPO VERTEBRAL
49040375	SIMPATECTOMIA CERVICAL OU TORÁCICA
49010182	TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE CRÂNIO
49030388	TUMORES EXTRA-INTRADURAIS - MICROCIRURGIA
49010565	TUMORES INTRACRANIANOS: MICROCIRURGIA
49030400	TUMORES INTRAMEDULARES - MICROCIRURGIA
49030256	TUMORES VERTEBRAIS - TRATAMENTO CIRÚRGICO
49010131	VENTRICULO ATRIOSTOMIA COM INTERPOSIÇÃO DE VÁLVULA
49010719	VENTRICULOPERITONIOSTOMIA COM INTERPOSIÇÃO DE VÁLVULA
Código	CATEGORIA B2
	CIRURGIA CARDÍACA E HEMODINÂMICA
40090329	ABLAÇÃO DE CIRCUITO ARRITMOGÊNICO POR CATTER DE RADIOFREQ.
40040011	ANEURISMA AORTA-TORACICA - CORREÇAO CIRURGICA
40040020	ANEURISMA TORACO-ABDOMINAL - CORREÇAO CIRURGICA
40020010	ANEURISMECTOMIA DE VENTRICULO ESQUERDO
40090027	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA DE VASOS MULTIPLOS
40040038	CARDIOTOMIA (FERIMENTO, CORPO ESTRANHO, EXPLORAÇAO)
40040178	CORREÇAO CIRURGICA DAS ARRITMIAS
40090183	EMBOLOTERAPIA
40090060	IMPLANTE DE ENDO-PROTESE INTRACORONARIA / STENT CORONÁRIO
40010058	PLASTIA VALVAR
40020045	REVASCULARIZACAO DO MIOCARDIO
40040089	TRANSPLANTE CARDIACO
40010031	TROCA VALVAR
	CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO
41120078	ESVAZIAMENTO CERVICAL RADICAL AMPLIADO (INCLUINDO TRIANGU
41120060	ESVAZIAMENTO CERVICAL RADICAL BILATERAL
41010060	EXCISAO COM RECONSTRUÇAO A CUSTA DE RETALHOS E ESVAZIAMENTO

41010051	EXCISAO COM RECONSTRUÇAO TOTAL
41070070	EXENTERAÇAO - PAROTIDECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL
41070089	EXENTERAÇAO DE ORBITA COM ENXERTO OU RETALHO
41050070	FARINGOLARINGECTOMIA
41050100	FARINGOLARINGECTOMIA COM ESVAZ.CERVICAL E RECONSTRUÇAO
41050088	FARINGOLARINGECTOMIA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL UNILATERAL
41030079	GLOSSECTOMIA C/ MANDIBULECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL
41030060	GLOSSECTOMIA E PELVECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL BILAT E RECONSTRUÇÃO
41110056	HEMIMANDIBULECTOMIA COM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE
41110064	HEMIMANDIBULECTOMIA COM ENXERTO OSSEO
41060067	LARINGECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM ESVAZIAMENTO CERVICAL BILAT
41060059	LARINGECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM ESVAZIAMENTO CERVICAL UNILAT
41060040	LARINGECTOMIA TOTAL COM RECONSTRUÇAO PARA FONAÇAO
41110072	MANDIBULECTOMIA COM RECONSTRUÇAO A CUSTA DE OSTEOMIOCUTAN
41110080	MANDIBULECTOMIA COM RECONSTRUÇAO MICROCIRURGICA
41020057	OPERACAO "PULL THROUGH" PARA TUMORES DA BOCA COM ESVAZIAMENTO
41020081	OPERACAO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL BILATERAL
41020073	OPERACAO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL UNILATERAL
41020073	OPERACAO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL UNILATERAL
41020111	OPERACAO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO UNILATERAL E RECONSTRUÇÃO
41020065	OPERACAO"PULL THROUGH" PARA TUMORES DA BOCA COM ESVAZIAMENTO
41040066	PAROTIDECTOMIA TOTAL
41040074	PAROTIDECTOMIA TOTAL COM RESSECÇAO DE PELE E RECONSTRUÇAO
41040082	PAROTIDECTOMIA TOTAL COM RESSECÇAO DO RAMO ASCENDENTE
41050053	RESSECÇÃO / EXTIRPAÇAO DE TUMOR DO RINOFARINGE VIA TRANSP.
41040090	RESSECÇAO DE TUMOR DE GLANDULAS SALIVAR COM ESVAZIAMENTO
41040040	RESSECÇAO DE TUMOR DE PAROTIDA COM CONSERVAÇAO DO NERVO
41040058	RESSECÇAO DE TUMOR DE PAROTIDA COM ENXERTO DE NERVO FACIAL
41090047	RESSECÇAO DE TUMOR DE PAVILHAO AURICULAR INCLUINDO OSSO
41050061	RESSECÇAO DE TUMOR DO FARINGE - BASE DA LINGUA OU PAREDE

41070062	RESSECÇAO DE TUMOR EM ORBITA FECHADA
41070046	RESSECÇAO DE TUMORES DA CAVIDADE ORBITARIA
41050045	RESSECÇAO DE TUMORES DO FARINGE COM RECONSTRUÇAO A CUSTA
41100034	RESSECÇAO DO MAXILAR INCLUINDO EXENTERACAO DE ORBITA
41100042	RESSECÇAO DO MAXILAR SUPERIOR E RECONSTRUÇAO A CUSTA
41140052	TIREOIDECTOMIA TOTAL
41140060	TIREOIDECTOMIA TOTAL COM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR UNILATER
	CIRURGIA GINECOLÓGICA
45050066	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA (WERTHEIM-MEIGS)
45040206	INCONTINENCIA URINARIA C/ RETOCISTOCELE E ROTURA PERINEAL
45090246	LINFADENECTOMIA AXILAR
45090084	MASTECTOMIA RADICAL E RADICAL MODIFICADA
45030146	VULVECTOMIA AMPLIADA COM LINDAFENECTOMIA
	CIRURGIA VASCULAR E LINFÁTICA
39100014	ANEURISMA ROTO COM / OU DISSECÇAO AGUDA DA AORTA
39040550	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CIRÚRGICA COM COLOCAÇÃO DE ENDO
39040305	ARTERIA RENAL UNILATERAL - REVASCULARIZAÇÃO
39040348	ENDARTERECTOMIA AORTO-ILIACA
39040216	ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA - QUALQUER TECNICA
39040356	ENDARTERECTOMIA COM OU S/ REMENDO ILEO-FEMORAL
39080021	FISTULA ARTERIO VENOSA CERVICAL OU CEFALICA EXTRA-CRANEANA
39080030	FISTULA ARTERIO VENOSA INTRA-TORACICA - GRANDES VASOS
39030032	HIPERTENÇÃO PORTAL - QUALQUER TÉCNICA
39100065	LESOES VASCULARES TRAMATICAS INTRA-TORACICAS
39100049	LESOES VASCULARES TRAUMATICAS CERVICAL E CERVICO TORACICA
39050050	LINFEDEMA: RESSECÇAO TOTAL
39040372	PONTE / REVASCULARIZAÇÃO AORTO - BI-FEMORAL
39040380	PONTE / REVASCULARIZAÇÃO AORTO - ILIACA-UNILATERAL
39040445	PONTE AORTICA- REOPERACAO
39040402	PONTE AXILO BI-FEMORAL
39040429	PONTE FEMORO-POPLITEA
39040437	PONTE FEMORO-TIBIAL / REVASCULARIZAÇÃO DISTAL.
39040232	PONTES TRANS-CERVICAIS - QUALQUER TIPO
39040500	RETIRADA DE PROTESE INFECTADA EM POSICAO NAO AORTICA
39040518	REVASCULARIZACAO AORTO BI-ILIACA
39040275	REVASCULARIZAÇÃO DA ARTERIA HIPOGASTRICA
39040283	REVASCULARIZAÇÃO DA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR
39040313	REVASCULARIZAÇÃO DE TRONCO CELIACO
39040240	REVASCULARIZACAO DE TRONCOS SUPRA-AORTICOS QUALQUER TIPO
39030180	SINDROME POS TROMBOTICA - TRATAMENTO CIRURGICO BILATERAL
39100073	TRANSPLANTE RENAL-CIRURGIA NO RECEPTOR ANASTOMOSES VASCULAR

39040542	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANEURISMA DA ARTÉRIA AXILAR ,FEMO
39040453	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL INFRA RENAL
39040470	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ANEURISMA DA AORTICA TORÁCICA
39040461	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ANEURISMA DAS ARTÉRIAS CAROTIDA
39040488	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS ANEURISMAS DAS ARTERIAS VISCERAI
	CIRURGIA DO AP. DIGESTIVO E PAREDE ABDOMINAL
43030033	AMPUTACAO ABDOMICO-PERINEAL DO RETO (COMPLETA)
43050298	ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA INTRA-HEPATICA
43010199	AUTOTRANSPLANTE COM MICROCIRURGIA
43010024	CARDIOPLASTIA VIA TORÁCICA
43030300	CIRURGIA DE ABAIXAMENTO (QUALQUER TECNICA)
43030319	CIRURGIA DE ACESSO POSTERIOR
43050174	COLECISTECTOMIA COM FISTULA BILIO-DIGESTIVA
43050220	COLECISTOJEJUNOSTOMIA
43030335	COLECTOMIA PARCIAL COM COLOSTOMIA
43030076	COLECTOMIA TOTAL COM ILEO-RETO ANASTOMOSE
43030068	COLECTOMIA TOTAL COM ILEOSTOMIA
43050140	COLEDOCO OU HEPATICO-JEJUNOSTOMIA (QUALQUER TECNICA)
43050123	COLEDOCO OU HEPATICOPLASTIA
43010067	DERIVACAO ESOFAGICA COM TORACOTOMIA
43010059	DERIVACAO ESOFAGICA SEM TORACOTOMIA
43010040	DIVERTICULECTOMIA ESOFÁGICO
43010075	ESOFAGECTOMIA COM OU SEM TORACOTOMIA
43010083	ESOFAGECTOMIA COM TORACOTOMIA E ESVAZIAMENTO RADICAL
43030157	ESVAZIAMENTO PELVICO TOTAL
43020089	GASTRECTOMIA PARCIAL COM VAGOTOMIA
43020208	GASTRECTOMIA TOTAL COM LINFADENECTOMIA
43020100	GASTRECTOMIA TOTAL VIA ABDOMINAL
43020119	GASTRECTOMIA TOTAL VIA TORACO-ABDOMINAL COM LINFADENECTOMIA
43050212	HEPATORRAFIA COMPLEXA C/LESAO DE ESTRUTURAVASCULARES BILI
43080286	HERNIORRAFIA INCISIONAL COMPLEXA
43050085	LOBECTOMIA HEPATICA
43060021	PANCREATO-DUODENECTOMIA COM LINFADENECTOMIA
43030220	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL
43030327	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM RESERVATORIO ILEAL
43040187	RECONSTITUIÇÃO DE ESFINCTER ANAL POR PLÁSTICA MUSCULAR (QUALQUER TÉCNICA)
43010270	REINTERVENÇÃO SOBRE A TRANSIÇÃO ESÔFAGOGÁSTRICA
43050344	RESSECÇAO DE CISTO HEPATICO COM HEPATECTOMIA
43050328	RESSECÇÃO DE CISTO HEPÁTICO SEM HEPATECTOMIA
43050255	RESSECÇAO DE TUMOR DE VIA BILIAR SEM HEPATECTOMIA
43010148	RESSECÇAO DO ESOFAGO CERVICAL COM FARINGO-LARINGO-ESOFAGE
43050107	SEGMENTECTOMIAS HEPATICAS
43010172	TRATAMENTO CIRURGICO DAS VARIZES ESOFAGICAS

43050301	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESTENOSE CICATRICIAL DAS VIAS BILI
43050115	TRISEGMENTECTOMIAS
	CIRURGIA ENDOCRINOLÓGICA
44020015	SUPRARRENALECTOMIA UNILATERAL
	CIRURGIA OFTALMOLÓGICA
50060040	FACECTOMIA COM IMPLANTE
50060031	FACECTOMIA SEM IMPLANTE
50070045	IMPLANTE DE SILICONE INTRAVÍTREO
50090062	RECONSTITUICAO DE GLOBO OCULAR COM LESAO DE ESTRUTURAS
50120042	RECONSTITUIÇÃO DE PAREDES ORBITÁRIAS
50120077	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DA CAV. ORBITÁRIA
50140035	RETINOPEXIA POR IMPLANTE ESCLERAL
50120034	TUMOR -EXERESE
50030078	TX CONJUNTIVAL
50070061	VITRECTOMIA VIAS PARS PLANA
	CIRURGIA ORTOPÉDICA
52110036	ARTRODESE COXO-FEMORAL
52010023	ARTRODESE DA COLUNA VERTEBRAL VIA ANTERIOR OU POSTERO LAT.
52010015	ARTRODESE DA COLUNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR
52130045	ARTROPLASTIA DO JOELHO COM IMPLANTE
52080048	ARTROPLASTIA DO PUNHO COM IMPLANTE
52150054	ARTROPLASTIA DO TORNOZELO COM IMPLANTE
52110044	ARTROPLASTIA PARCIAL COXO-FEMORAL
52110052	ARTROPLASTIA TOTAL -COXO FEMORAL
52010210	ESPONDILOLISTESE
52010279	FRATURA OU FRATURA - LUXACAO DA COLUNA-TRATAMENTO CIRURGICO
52120104	FRATURAS DO FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO
52010341	HERNIA DISCAL-TRATAMENTO CIRURGICO
52130223	LESOES AGUDAS COMPLEXAS DO JOELHO(LIGAMENTO + MENISCO
52010368	OSTEOTOMIA DA COLUNA
52220079	RESSECÇÃO COM SUBSTITUIÇÃO
52010430	TUMOR OSSEO VERTEBRAL - RESSECÇAO COM SUBSTITUICAO C/ OU S/ INSTRUMENT.
	CIRURGIA OTORRINOLARINGOLÓGICA
51040166	DESCOMPRESSÃO ORBITÁRIA TRANSMAXILO-ETMOIDAL
51020297	EXPLORACAO E DESCOMPRESSAO TOTAL DO NERVO FACIAL
51020157	GLOMUS DE JUGULAR -RESSECÇÃO
51020394	IMPLANTE COCLEAR
51040190	NASO-ANGIOFIBROMA-RESSECÇAO
51020360	RESSECÇAO DO OSSO TEMPORAL
51040204	SINUSECTOMIAMAXILAR, ETMOIDAL OU ESFENOIDAL ENDOSCÓPICA OU MICROSCOPIA
51020262	TIMPANOMASTOIDECTOMIA
51020378	TUMOR DO NERVO ACÚSTICO
	CIRURGIA PLÁSTICA

54160014	ARTROPLASTIA PARA LUXACAO RECIDIVANTE DA ARTILULACAO TEMP
54130069	CORREÇAO DE RETRACAO CERVICAL
54150019	DESCOMPRESSAO DE ORBITA
54150167	FRATURA COMINUTIVA DE MANDIBULA - REDUÇAO CIRURGICA C/FIX
54150221	FRATURA LEFORT II - FIXACAO CIRURGICA COM SINTESE OSSEA L
54150230	FRATURA LEFORT III - FIXACAO CIRURGICA COM SINTESE OSSEA
54150108	FRATURA NASO-ETMOIDO-ORBITARIO (UNI/BI/LATERAL)
54150175	FRATURAS COMPLEXAS DE MANDIBULA-REDUÇAO CIRURGICA COM FIX
54150256	FRATURAS COMPLEXAS DO TERCO MEDIO DA FACE-FIXACAO CIRURGI
54040035	MANDIBULECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO ORBITARIO E RINOTOMIA LAT.
54170028	OSTEOPLASTIA DA MANDIBULA
54170044	OSTEOPLASTIAS DA ORBITA
54170010	OSTEOPLASTIAS DO ETMOIDO ORBITARIAS
54160065	OSTEOTOMIA TIPO LEFORT II
54160073	OSTEOTOMIA TIPO LEFORT III - EXTRA CRANEANA
54160081	OSTEOTOMIAS CRANEO-MAXILARES COMPLEXAS
54020050	PALATOPLASTIA
54020069	PALATOPLASTIA COM ENXERTO
54020077	PALATOPLASTIA COM RETALHO FARÍNGEO
54060044	RECONSTRUÇAO DO LABIO
54140072	RECONSTRUÇAO DE MAMA
54160103	RECONSTRUÇAO PARCIAL DA MANDIBULA COM ENXERTO OSSEO
54160111	RECONSTRUÇAO TOTAL DA MANDIBULA COM PROTESE E OU ENXERTO
54110068	RECONSTRUÇAO TOTAL DA ORELHA (UM ESTAGIO)
	CIRURGIA TORÁCICA
55050026	BOCIO INTRA-TORACICO RESSECÇAO POR VIA TRANS-ESTERNAL
55010040	BULECTOMIA BILATERAL COM ESTERNOTOMIA
55030106	COLOCAÇAO DE PROTESE TRAQUEAL
55060048	ESTERNECTOMIA TOTAL OU SUBTOTAL C/ OU S/ PROTESE
55010253	LOBECTOMIA ALARGADA
55020070	PLEURO-PNEUMONECTOMIA
55010091	PNEUMONECTOMIA "STANDARD"
55050085	RESSECÇAO DE TUMOR DO MEDIASTINO
55030041	RESSECÇÃO DE TUMOR TRAQUEAL
55010164	RESSECÇAO PULMONAR ASSOCIADA A ANASTOMOSE BRONQUICA
55060161	RESSUTURA DA DEISCENCIA DE ESTERNO APOS ESTERNOTOMIA
55010180	SEGMENTECTOMIA
55050093	TIMECTOMIA POR VIA TRANS-ESTERNAL
55060056	TORACECTOMIA E RECONSTRUÇAO (COM OU SEM PROTESE)
55060145	TORACOTOMIA PARA ACESSO A PROCEDIMENTO ORTOPEDICO
	CIRURGIA UROLÓGICA
56030630	ADRENALECTOMIA
56050038	CISTECTOMIA RADICAL
56050496	CISTOIITÒTRIPSIA TRANSURETRAL (U.S., E.H., E.C.)

56050097	ENTEROCISTOPLASTIA (AMPLIAÇÃO VESICAL)
56050208	EXTROFIA VESICAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO
56050542	INCONTINÊNCIA URINARIA - "SLING" VAGINAL OU ABDOMINAL
56130023	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL
56030118	NEFRECTOMIA BILATERAL
56030657	NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA UNILATERAL
56030428	NEFRECTOMIA RADICAL
56030193	NEFRO OU PIELOENTEROCISTOSTOMIA
56030134	NEFROLITOTOMIA ANATRÓFICA
56030576	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA
56030614	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA (MEC, E.H., OU U.S.)
56030207	NEFROURETERECTOMIA COM RESSECCÂO VESICAL
56030223	PIELOLITOTOMIA COM NEFROLITOTOMIA ANATRÓFICA
56070047	PROSTATAVESICULECTOMIA RADICAL
56070039	PROSTATECTOMIA A CÉU ABERTO.
56070055	RESSECCÂO ENDOSCÓPICA DA PRÓSTATA
56030290	TRANSPLANTE RENAL (RECEPTOR).
56030304	TUMORES RETRO-PERITONIAIS MALIGNOS - EXÉRESE
56040725	URETERORRENOLITOTRIPSIA
56040334	URETEROURETEROCISTONEOSTOMIA
	NEUROCIRURGIA
49010018	ABCESSO CEREBRAL:CRANIOTOMIA PARA TRATAMENTO CIRURGICO
49030019	ABCESSO EPIDURAL-LAMINECTOMIA
49030361	ARTRODESE DE COLUNA C/ INSTRUMENTAÇÃO - VIA ANTERIOR
49030370	ARTRODESE DE COLUNA C/ INSTRUMENTAÇÃO - VIA POSTERIOR
49030345	CANAL VERTEBRAL ESTREITO - TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO
49010662	CIRURGIA INTRACRANIANA ENDOSCÓPICA
49030043	CORDOTOMIA E MIELOTOMIA
49010735	CRANIOTOMIA PARA TUMORES CEREBRAIS
49010140	DERICAÇÃO VENTRÍCULAR EXTERNA
49030060	DERIVAÇÃO LOMBO-PERITONEAL
49010115	DESCOMPRESSAO NEUROVASCULAR DOS NERVOS CRANIANOS
49010174	FÍSTULA LIQUÓRICA :TRATAMENTO CIRÚRGICO
49010212	HEMATOMA EXTRADURAL E SUBDURAL AGUDO:TRATAMENTO CIRURGICO
49010220	HEMATOMA INTRACEREBRAL:TRATAMENTO CIRURGICO
49030108	HERNIA DISCAL CERVICAL : TRATAMENTO MICROCIRURGIA
49030353	HÉRNIA DISCAL DORSAL OU LOMBAR - TRATAMENTO MICROCIRURGIA
49030086	HERNIA DISCAL DORSAL OU LOMBAR:TRATAMENTO CIRÚRGICO
49010255	HIPOFISECTOMIA SELETIVA COM AUXILIO DE MICROSCOPIO CIRURGIA
49030159	LESAO TRAUMATICA RAQUIMEDULAR COM LAMINECTOMIA
49010280	MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA
49040146	MICROCIRURGIA COM ENXERTO INTERVASCULAR DE NERVO PERIFÉRICO
49040324	MICROCIRURGIA DE NERVO COM ENXERTO
49040162	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL
49040316	NEUROPATIAS COMPRESSIVAS
49040227	NEURORRAFIA MÚLTIPLA

49010743	RECONSTRUÇÃO CRANIANA OU CRÂNIO FACIAL
49030396	SBSTITUIÇÃO DE CORPO VERTEBRAL
49040375	SIMPATECTOMIA CERVICAL OU TORÁCICA
49010182	TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE CRÂNIO
49030388	TUMORES EXTRA-INTRADURAIS - MICROCIRURGIA
49010565	TUMORES INTRACRANIANOS: MICROCIRURGIA
49030400	TUMORES INTRAMEDULARES - MICROCIRURGIA
49030256	TUMORES VERTEBRAIS - TRATAMENTO CIRÚRGICO
49010131	VENTRICULO ATRIOSTOMIA COM INTERPOSIÇÃO DE VÁLVULA
49010719	VENTRICULOPERITONIOSTOMIA COM INTERPOSIÇÃO DE VÁLVULA
Código	CATEGORIA C
	CIRURGIA CARDÍACA E HEMODINÂMICA
40090329	ABLAÇÃO DE CIRCUITO ARRITMOGÊNICO POR CATTER DE RADIOFREQ.
40040011	ANEURISMA AORTA-TORACICA - CORREÇAO CIRURGICA
40040020	ANEURISMA TORACO-ABDOMINAL - CORREÇAO CIRURGICA
40020010	ANEURISMECTOMIA DE VENTRICULO ESQUERDO
40090027	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA DE VASOS MULTIPLOS
40040038	CARDIOTOMIA (FERIMENTO, CORPO ESTRANHO, EXPLORAÇAO)
40040178	CORREÇAO CIRURGICA DAS ARRITMIAS
40090183	EMBOLOTERAPIA
40090060	IMPLANTE DE ENDO-PROTESE INTRACORONARIA / STENT CORONÁRIO
40090175	IMPLANTE TRANSLUMINAL PERCUTÂNEO DE ÓRTESE INTRAVASCULAR NÃO CORONÁRIO
40040070	PERICARDIECTOMIA
40010058	PLASTIA VALVAR
40090086	REANALIZAÇÃO MEC|ÂNICA POR ANGIOPLASTIA TRANSLUMINA CORONÁRIA NO IAM
40020045	REVASCULARIZACAO DO MIOCARDIO
40040089	TRANSPLANTE CARDIACO
40010031	TROCA VALVAR
	CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO
41120043	ESVAZIAMENTO CERVICAL PARCIAL BILATERAL
41120078	ESVAZIAMENTO CERVICAL RADICAL AMPLIADO (INCLUINDO TRIANG.)
41120060	ESVAZIAMENTO CERVICAL RADICAL BILATERAL
41120051	ESVAZIAMENTO CERVICAL RADICAL UNILATERAL
41010060	EXCISAO COM RECONSTRUÇAO A CUSTA DE RETALHOS E ESVAZIAMENTO
41010051	EXCISAO COM RECONSTRUÇAO TOTAL
41020049	EXCISAO DE LESAO MALIGNA COM RECONSTRUÇAO A CUSTA DE RETA
41070070	EXENTERAÇAO - PAROTIDECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL
41070089	EXENTERAÇAO DE ORBITA COM ENXERTO OU RETALHO
41080068	EXERESE DE TUMOR COM RECONSTRUÇAO TOTAL A CUSTA DE RETALHO
41080050	EXERESE INCLUINDO PELE, CARTILAGEM COM RECONSTRUÇAO A CUSTA DE RETALHO
41050070	FARINGOLARINGECTOMIA

41050100	FARINGOLARINGECTOMIA COM ESVAZ.CERVICAL E RECONSTRUÇAO
41050088	FARINGOLARINGECTOMIA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL UNILATERAL
41030079	GLOSSECTOMIA C/ MANDIBULECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL
41030060	GLOSSECTOMIA E PELVECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL BILAT E RECONSTRUÇÃO
41030036	GLOSSECTOMIA E PELVECTOMIA E ESVAZIAMENTO CERVICAL UNILAT
41110048	HEMIMANDIBULECTOMIA
41110056	HEMIMANDIBULECTOMIA COM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE
41110064	HEMIMANDIBULECTOMIA COM ENXERTO OSSEO
41060024	LARINGECTOMIA FRONTO - LATERAL
41060016	LARINGECTOMIA PARCIAL - CORDECTOMIA
41060032	LARINGECTOMIA PARCIAL OU TOTAL
41060067	LARINGECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM ESVAZIAMENTO CERVICAL BILAT
41060059	LARINGECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM ESVAZIAMENTO CERVICAL UNILAT
41060040	LARINGECTOMIA TOTAL COM RECONSTRUÇAO PARA FONAÇAO
41060105	LARINGOFISSURA
41110072	MANDIBULECTOMIA COM RECONSTRUÇAO A CUSTA DE OSTEOMIOCUTAN
41110080	MANDIBULECTOMIA COM RECONSTRUÇAO MICROCIRURGICA
41020057	OPERACAO "PULL THROUGH" PARA TUMORES DA BOCA COM ESVAZIAMENTO
41020081	OPERACAO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL BILATERAL
41020103	OPERACAO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL BILATERAL
41020073	OPERACAO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL UNILATERAL
41020090	OPERACAO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO CERVICAL UNILATERAL
41020111	OPERACAO COMPOSTA COM ESVAZIAMENTO UNILATERAL E RECONSTRUÇÃO
41020065	OPERACAO"PULL THROUGH" PARA TUMORES DA BOCA COM ESVAZIAMENTO
41150031	PARATIREOIDECTOMIA SUBTOTAL
41040066	PAROTIDECTOMIA TOTAL
41040074	PAROTIDECTOMIA TOTAL COM RESSECÇAO DE PELE E RECONSTRUÇAO
41040082	PAROTIDECTOMIA TOTAL COM RESSECÇAO DO RAMO ASCENDENTE
41050053	RESSECÇÃO / EXTIRPAÇAO DE TUMOR DO RINOFARINGE VIA TRANSP.
41040090	RESSECÇAO DE TUMOR DE GLANDULAS SALIVAR COM ESVAZIAMENTO
41040040	RESSECÇAO DE TUMOR DE PAROTIDA COM CONSERVAÇAO DO NERVO

41040058	RESSECÇAO DE TUMOR DE PAROTIDA COM ENXERTO DE NERVO FACIAL
41090047	RESSECÇAO DE TUMOR DE PAVILHAO AURICULAR INCLUINDO OSSO T
41050061	RESSECÇAO DE TUMOR DO FARINGE - BASE DA LINGUA OU PAREDE
41050037	RESSECÇAO DE TUMOR DO RINOFARINGE (VIA BUCAL OU NASAL)
41070062	RESSECÇAO DE TUMOR EM ORBITA FECHADA
41070046	RESSECÇAO DE TUMORES DA CAVIDADE ORBITARIA
41050045	RESSECÇAO DE TUMORES DO FARINGE COM RECONSTRUÇAO A CUSTA DE RETALHO
41070038	RESSECÇAO DE TUMORES PALPEBRAIS E RECONSTRUÇAO TOTAL
41100034	RESSECÇAO DO MAXILAR INCLUINDO EXENTERACAO DE ORBITA
41100042	RESSECÇAO DO MAXILAR SUPERIOR E RECONSTRUÇAO A CUSTA DE RETALHO
41110021	RESSECÇAO PARCIAL (SEGMENTAR OU SECCIONAL)
41110030	RESSECÇAO PARCIAL COM ENXERTO OSSEO
41140044	TIREOIDECTOMIA PARCIAL BILATERAL
41140052	TIREOIDECTOMIA TOTAL
41140060	TIREOIDECTOMIA TOTAL COM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR UNILATER
	CIRURGIA GINECOLÓGICA
45040150	FISTULA GINECOLÓGICA - CORREÇAO CIRURGICA
45050112	HISTERECTOMIA COM OU SEM ANEXETOMIA UNI OU BILATERAL
45050066	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA (WERTHEIM-MEIGS)
45040184	INCONTINENCIA URINARIA - TRATAMENTO CIRURGICO
45040206	INCONTINENCIA URINARIA C/ RETOCISTOCELE E ROTURA PERINEAL
45090246	LINFADENECTOMIA AXILAR
45090084	MASTECTOMIA RADICAL E RADICAL MODIFICADA
45090114	RESSECÇAO DE SETOR MAMARIO COM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR
45030146	VULVECTOMIA AMPLIADA COM LINDAFENECTOMIA
45030154	VULVECTOMIA SIMPLES
	CIRURGIA VASCULAR E LINFÁTICA
39050025	ANASTOMOSE LINFO-VENOSAS
39100014	ANEURISMA ROTO COM / OU DISSECÇAO AGUDA DA AORTA (QUALQUE
39040119	ANEURISMAS: OUTROS TIPOS
39040321	ANGIOPLASTIA C/ CATETER TRANSFEMORAL INTRALUMINAL OU DILA
39040550	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CIRÚRGICA COM COLOCAÇÃO DE ENDO.
39040305	ARTERIA RENAL UNILATERAL - REVASCULARIZAÇÃO
39040330	ARTERIOPLASTIA FEMORAL PROFUNDA
39060071	DESCOMPRESSAO NEUROVASCULAR CERVICO BRAQUIAL CADA LADO
39100022	EMBOLECTOMIA OU TROMBECTOMIA
39040348	ENDARTERECTOMIA AORTO-ILIACA
39040216	ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA - QUALQUER TECNICA
39040356	ENDARTERECTOMIA COM OU S/ REMENDO ILEO-FEMORAL

39080021	FISTULA ARTERIO VENOSA CERVICAL OU CEFALICA EXTRA-CRANEAN
39080048	FISTULA ARTERIO VENOSA DOS MEMBROS
39080030	FISTULA ARTERIO VENOSA INTRA-TORACICA - GRANDES VASOS
39070069	HEMANGIOMAS EXTENSOS - TRATAMENTO CIRURGICO
39030032	HIPERTENÇÃO PORTAL - QUALQUER TÉCNICA
39030075	INTERRUPÇAO VEIA CAVA INFERIOR COM FILTRO INTRALUMINAR
39100065	LESOES VASCULARES TRAMATICAS INTRA-TORACICAS
39100049	LESOES VASCULARES TRAUMATICAS CERVICAL E CERVICO TORACICA
39100057	LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO INFERIOR OU SUPER
39050033	LINFANGIOPLASTIA
39050068	LINFEDEMA GENITAL: RESSECÇAO
39050041	LINFEDEMA: RESSECÇAO PARCIAL
39050050	LINFEDEMA: RESSECÇAO TOTAL
39050076	LINFORRAGIA NO TRANSPLANTE RENAL - TRATAMENTO HEMOSTASIA
39040372	PONTE / REVASCULARIZAÇÃO AORTO - BI-FEMORAL
39040364	PONTE / REVASCULARIZAÇÃO AORTO-FEMORAL - UNILATERAL
39040380	PONTE / REVASCULARIZAÇÃO AORTO-ILIACA-UNILATERAL
39040445	PONTE AORTICA- REOPERACAO
39040402	PONTE AXILO BI-FEMORAL
39040410	PONTE FEMORO-FEMORAL CRUZADA
39040429	PONTE FEMORO-POPLITEA
39040437	PONTE FEMORO-TIBIAL / REVASCULARIZAÇÃO DISTAL
39040232	PONTES TRANS-CERVICAIS - QUALQUER TIPO
39040500	RETIRADA DE PROTESE INFECTADA EM POSICAO NAO AORTICA
39040518	REVASCULARIZACAO AORTO BI-ILIACA
39040259	REVASCULARIZACAO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR
39040275	REVASCULARIZAÇÃO DA ARTERIA HIPOGASTRICA
39040283	REVASCULARIZAÇÃO DA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR
39040313	REVASCULARIZAÇÃO DE TRONCO CELIACO
39040240	REVASCULARIZACAO DE TRONCOS SUPRA-AORTICOS QUALQUER TIPO
39060047	SIMPATECTOMIA CERVICO-TORACICA OU TORÁCICA SUPERIOR - CAD
39060063	SIMPATECTOMIA LOMBAR BILATERAL
39030180	SINDROME POS TROMBOTICA - TRATAMENTO CIRURGICO BILATERAL
39100073	TRANSPLANTE RENAL-CIRURGIA NO RECEPTOR ANASTOMOSES VASCUL
39040542	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANEURISMA DA ARTÉRIA AXILAR ,FEMO
39040453	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL
39040470	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ANEURISMA DA AORTICA TORÁCICA
39040461	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ANEURISMA DAS ARTÉRIAS CAROTIDA
39040488	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS ANEURISMAS DAS ARTERIAS VISCERAI

39030113	VARIZES - TRATAMENTO CIRURGICO BILATERAL (02 MEMBROS)
	CIRURGIA DO AP. DIGESTIVO E PAREDE ABDOMINAL
43030033	AMPUTACAO ABDOMICO-PERINEAL DO RETO (COMPLETA)
43050298	ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA INTRA-HEPATICA
43010199	AUTOTRANSPLANTE COM MICROCIRURGIA
43010016	CARDIOPLASTIA VIA ABDOMINAL
43010024	CARDIOPLASTIA VIA TORÁCICA
43030300	CIRURGIA DE ABAIXAMENTO (QUALQUER TECNICA)
43030319	CIRURGIA DE ACESSO POSTERIOR
43050190	COLECISTECTOMIA COM COLANGIOGRAFIA
43050174	COLECISTECTOMIA COM FISTULA BILIO-DIGESTIVA
43050182	COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA
43050220	COLECISTOJEJUNOSTOMIA
43030335	COLECTOMIA PARCIAL COM COLOSTOMIA
43030050	COLECTOMIA PARCIAL COM OU SEM COLOSTOMIA
43030076	COLECTOMIA TOTAL COM ILEO-RETO ANASTOMOSE
43030068	COLECTOMIA TOTAL COM ILEOSTOMIA
43050140	COLEDOCO OU HEPATICO-JEJUNOSTOMIA (QUALQUER TECNICA)
43050123	COLEDOCO OU HEPATICOPLASTIA
43050158	COLEDOCO-DUODENOSTOMIA
43050166	COLEDOCOTOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA
43030297	COLOTOMIA E COLORRAFIA
43020011	CONVERSAO DE ANASTOMATOSE GASTROJEJUNAL (QUALQUER TECNICA)
43020020	DEGASTROGASTRECTOMIA COM VAGOTOMIA
43010067	DERIVACAO ESOFAGICA COM TORACOTOMIA
43010059	DERIVACAO ESOFAGICA SEM TORACOTOMIA
43010040	DIVERTICULECTOMIA ESOFÁGICO
43010075	ESOFAGECTOMIA COM OU SEM TORACOTOMIA
43010083	ESOFAGECTOMIA COM TORACOTOMIA E ESVAZIAMENTO RADICAL
43030149	ESVAZIAMENTO PELVICO ANTERIOR OU POSTERIOR
43030157	ESVAZIAMENTO PELVICO TOTAL
43020097	GASTRECTOMIA PARCIAL COM LINFADENECTOMIA
43020089	GASTRECTOMIA PARCIAL COM VAGOTOMIA
43020070	GASTRECTOMIA PARCIAL SEM VAGOTOMIA
43020208	GASTRECTOMIA TOTAL COM LINFADENECTOMIA
43020100	GASTRECTOMIA TOTAL VIA ABDOMINAL
43020119	GASTRECTOMIA TOTAL VIA TORACO-ABDOMINAL COM LINFADENECTOMIA
43050077	HEPATORRAFIA
43050212	HEPATORRAFIA COMPLEXA C/LESAO DE ESTRUTURAVASCULARES BILI
43080049	HERNIORRAFIA COM RESSECÇAO INTESTINAL - ESTRANGULADA
43080081	HERNIORRAFIA DIAFRAGMATICA - POR VIA TORACICA
43080286	HERNIORRAFIA INCISIONAL COMPLEXA
43050085	LOBECTOMIA HEPATICA
43060056	PANCREATECTOMIA PARCIAL
43060021	PANCREATO-DUODENECTOMIA COM LINFADENECTOMIA
43050204	PROCEDIMENTO SOBRE A PAPILA (QUALQUER TECNICA)
43030220	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL
43030327	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM RESERVATORIO ILEAL

43040187	RECONSTITUIÇÃO DE ESFINCTER ANAL POR PLÁSTICA MUSCULAR (QUALQUER TÉCNICA)
43010270	REINTERVENÇÃO SOBRE A TRANSIÇÃO ESÔFAGOGÁSTRICA
43050344	RESSECÇAO DE CISTO HEPATICO COM HEPATECTOMIA
43050328	RESSECÇÃO DE CISTO HEPÁTICO SEM HEPATECTOMIA
43030246	RESSECÇAO DE INTESTINO DELGADO
43050093	RESSECÇAO DE METASTASE HEPATICA
43050255	RESSECÇAO DE TUMOR DE VIA BILIAR SEM HEPATECTOMIA
43010148	RESSECÇAO DO ESOFAGO CERVICAL COM FARINGO-LARINGO-ESOFAGE
43030254	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL
43050107	SEGMENTECTOMIAS HEPATICAS
43010172	TRATAMENTO CIRURGICO DAS VARIZES ESOFAGICAS
43050301	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESTENOSE CICATRICIAL DAS VIAS BILI
43050115	TRISEGMENTECTOMIAS
43020160	VAGOTOMIA SUPERSELETIVA
	CIRURGIA ENDOCRINOLÓGICA
44020015	SUPRARRENALECTOMIA UNILATERAL
	CIRURGIA OFTALMOLÓGICA
50150022	DACRIOCISTORRINOSTOMIA COM OU SEM INTUBAÇÃO - UNILAT.
50060040	FACECTOMIA COM IMPLANTE
50060031	FACECTOMIA SEM IMPLANTE
50070045	IMPLANTE DE SILICONE INTRAVÍTREO
50100106	IMPLANTES VALVULARES
50120018	ORBITA - DESCOMPRESSAO
50090062	RECONSTITUICAO DE GLOBO OCULAR COM LESAO DE ESTRUTURAS
50120042	RECONSTITUIÇÃO DE PAREDES ORBITÁRIAS
50150073	RECONSTITUIÇÃO DE VIAS LACRIMAIS COM SILICONE OU OUTROS MAT.
50120077	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DA CAV. ORBITÁRIA
50140035	RETINOPEXIA POR IMPLANTE ESCLERAL
50120034	TUMOR -EXERESE
50030078	TX CONJUNTIVAL
50040073	TX CÓRNEA
50070053	VITRECTOMIA ANTERIOR
50070061	VITRECTOMIA VIAS PARS PLANA
	CIRURGIA ORTOPÉDICA
52120252	ALONGAMENTO DO FÊMUR
52140202	ALONGAMENTO DOS OSSOS DA PERNA
52070255	ALONGAMENTO DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO
52110184	ARTRITE SEPTICA - TRATAMENTO CIRURGICO
52110036	ARTRODESE COXO-FEMORAL
52010023	ARTRODESE DA COLUNA VERTEBRAL VIA ANTERIOR OU POSTERO LAT.
52010015	ARTRODESE DA COLUNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR
52130029	ARTRODESE DO JOELHO
52040038	ARTROPLASTIA - ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE
52060039	ARTROPLASTIA DO COTOVELO COM IMPLANTE
52130045	ARTROPLASTIA DO JOELHO COM IMPLANTE

52080048	ARTROPLASTIA DO PUNHO COM IMPLANTE
52150054	ARTROPLASTIA DO TORNOZELO COM IMPLANTE
52110044	ARTROPLASTIA PARCIAL COXO-FEMORAL
52260038	ARTROSCOPIA CIRÚRGICA EM JOELHO, TORNOZELO, COTOVELO E PUNHO PARA MENISCECTOMIAS PARCIAIS OU TOTAIS, BICOMPARTIMENTAIS, POSSIVELMENTE ASSOCIADAS COM CONDROPLASTIA POR ABRASÃO, PERFURAÇÕES MÚLTIPLAS, REDUÇÃO ARTROSCÓPICA DE FRATURAS
52260054	ARTROSCOPIA CIRÚRGICA EM JOELHO, TORNOZELO, COTOVELO E PUNHO PARA SUTURA MENISCAL DUPLA, REPARAÇÃO, REFORÇO OU RECONSTRUÇÃO DOS LIGAMENTOSCRUZADOS (ANTERIOR OU POSTERIOR), LUXAÇÃO RECIDIVANTE DE RÓTULA DESCOMPRESSÃO DO CANAL CARPIANO E ARTRODESE EM GERAL
52260100	ARTROSCOPIA EM ARTICULAÇÕES DO OMBRO E CINTURA ESCAPULAR, QUADRIL, TÊMPORO-MANDIBULAR E ARTICULAÇÕES DA MÃO, TRATAMENTO DE LUXAÇÃO RECIDIVANTE
52260119	ARTROSCOPIA EM ARTICULAÇÕES DO OMBRO E CINTURA ESCAPULAR, QUADRIL,TÊMPORO-MANDIBULAR E ARTICULAÇÕES DA MÃO PARA A DESCOMPRESSÃOSUBACROMIAL COM ROTURA DO MANGUITO ROTADOR, RESSECCÂO DA EXTREMIDADELATERAL DA CLAVÍCULA, ARTRODESE DO OMBRO, FIXAÇÃO MENISCAL
52070042	CONTRATURA ISQUEMICA DE VOLKMANN - TRATAMENTO CIRURGICO
52110095	DESARTICULAÇAO COXO-FEMORAL
52100065	DESARTICULAÇAO INTER-ILIO ABDOMINAL
52120066	DESLOCAMENTO DO EPIFISE FEMORAL - TRATAMENTO CIRURGICO
52220133	EMBOLIZAÇÃO
52250040	ENXERTOS EM PSEUDOARTROSES
52010210	ESPONDILOLISTESE
52110141	FRATURA - LUXACAO - AVULSÃO COXO-FEMORAL
52140253	FRATURA DA TIBIA ASSOCIADA OU NAO A DA FIBULA - TRATAMENT
52110125	FRATURA DO ACETABULO
52010279	FRATURA OU FRATURA-LUXACAO DA COLUNA-TRATAMENTO CIRURGICO
52120104	FRATURAS DO FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO
52010341	HERNIA DISCAL-TRATAMENTO CIRURGICO
52130223	LESOES AGUDAS COMPLEXAS DO JOELHO(LIGAMENTO + MENISCO
52130274	LESÕES AGUDAS E/OU LUXAÇÕES DE MENISCOS
52010465	OSTEOMIELITE DA COLUNA
52120309	OSTEOMIELITE DO FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO
52010368	OSTEOTOMIA DA COLUNA
52010481	PSEUDO ARTROSE DA COLUNA - TRATAMENTO CIRURGICO
52070239	PSEUDO ARTROSE/OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO
52120333	PSEUDOARTROSE / OSTEOTOMIAS DO FEMUR
52220079	RESSECÇÃO COM SUBSTITUIÇÃO
52220044	RESSECÇÃO E ENXERTO
52140245	TRANSPOSICAO DA FIBULA PARA TIBIA
52090515	TRANSPOSIÇÃO DE DEDOS
52180166	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO

52010430	TUMOR OSSEO VERTEBRAL - RESSECÇAO COM SUBSTITUICAO C/ OU S/ INSTRUMENT.
	CIRURGIA OTORRINOLARINGOLÓGICA
51060116	ARITNOIDECTOMIA OU ARITENOPEXIA - VIA EXTERNA
51040166	DESCOMPRESSÃO ORBITÁRIA TRANSMAXILO-ETMOIDAL
51040158	DESCOMPRESSAO TRANSETMOIDAL DO CANAL ÓPTICO
51020270	DOENCA DE MENIERE-TRATAMENTO CIRURGICO-SHUNT BASILAR
51020130	EXPLORACAO E DESCOMPRESSAO PARCIAL DO NERVO FACIAL INTRA
51020297	EXPLORACAO E DESCOMPRESSAO TOTAL DO NERVO FACIAL
51020157	GLOMUS DE JUGULAR -RESSECÇÃO
51020165	GLOMUS TIMPANICUS -RESSECÇÃO
51020394	IMPLANTE COCLEAR
51040131	LIGADURA DA ARTÉRIA MAXILAR INTERNA
51020181	MASTOIDECTOMIA SIMPLES OU RADICAL
51030152	NARIZ - RINOPLASTIA REPARADORA
51040190	NASO-ANGIOFIBROMA-RESSECÇAO
51020360	RESSECÇAO DO OSSO TEMPORAL
51040204	SINUSECTOMIAMAXILAR, ETMOIDAL OU ESFENOIDAL ENDOSCÓPICA OU MICROSCOPIA
51020262	TIMPANOMASTOIDECTOMIA
51020254	TIMPANOPLASTIA COM RECONSTRUÇAO DA CADEIA OSSICULAR
51060140	TIROPLASTIA TIPO 1 SIMPLES
51020378	TUMOR DO NERVO ACÚSTICO
	CIRURGIA PLÁSTICA
54160014	ARTROPLASTIA PARA LUXACAO RECIDIVANTE DA ARTILULACAO TEMP
54130069	CORREÇAO DE RETRACAO CERVICAL
54150019	DESCOMPRESSAO DE ORBITA
54070090	ESCARA DE DECÚBITO
54150167	FRATURA COMINUTIVA DE MANDIBULA - REDUÇAO CIRURGICA C/FIX
54150094	FRATURA DE ORBITA - REDUÇAO CIRURGICA E ENXERTO OSSEO
54150213	FRATURA LEFORT I - FIXACAO CIRURGICA COM SINTESE OSSEA
54150221	FRATURA LEFORT II - FIXACAO CIRURGICA COM SINTESE OSSEA
54150230	FRATURA LEFORT III - FIXACAO CIRURGICA COM SINTESE OSSEA
54150108	FRATURA NASO-ETMOIDO-ORBITARIO (UNI/BI/LATERAL)
54150159	FRATURA SIMPLES DE MANDIBULA - RED.CIR.C/FIX.OSSEA E BLOQ
54150175	FRATURAS COMPLEXAS DE MANDIBULA-REDUÇAO CIRURGICA COM FIX
54150256	FRATURAS COMPLEXAS DO TERCO MEDIO DA FACE-FIXACAO CIRURGICA
54040019	HEMI-MANDIBULECTOMIA OU RESSECÇAO SECCIONAL DA MANDIBULA
54070031	LINFEDEMA
54040035	MANDIBULECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO ORBITARIO E RINOTOMIA LAT.
54170028	OSTEOPLASTIA DA MANDIBULA
54170044	OSTEOPLASTIAS DA ORBITA
54170010	OSTEOPLASTIAS DO ETMOIDO ORBITARIAS
54160057	OSTEOTOMIA TIPO LEFORT I

54160065	OSTEOTOMIA TIPO LEFORT II
54160073	OSTEOTOMIA TIPO LEFORT III - EXTRA CRANEANA
54160081	OSTEOTOMIAS CRANEO-MAXILARES COMPLEXAS
54160049	OSTEOTOMIAS SEGMENTARES DA MAXILA OU MALAR
54020050	PALATOPLASTIA
54020069	PALATOPLASTIA COM ENXERTO
54020077	PALATOPLASTIA COM RETALHO FARÍNGEO
54040051	PARALISIA DE FACE:TRATAMENTO CIRURGICO
54060044	RECONSTRUÇAO DO LABIO
54140072	RECONSTRUÇAO DE MAMA
54100127	RECONSTRUÇÃO DE SUPERCÍLIO
54160103	RECONSTRUÇAO PARCIAL DA MANDIBULA COM ENXERTO OSSEO
54160111	RECONSTRUÇAO TOTAL DA MANDIBULA COM PROTESE E OU ENXERTO
54110068	RECONSTRUÇAO TOTAL DA ORELHA (UM ESTAGIO)
54100119	RECONSTRUÇAO TOTAL DA PALPEBRA
54100097	RECONSTRUÇAO TOTAL DE CAVIDADE ORBITARIA
54090091	RECONSTRUÇAO TOTAL DO NARIZ
54010136	RETALHO MUSCULAR OU FASCIAL OU FASCIOCUTÂNEO
54010144	RETALHO MÚSCULO-CUTÂNEO
54160120	TRATAMENTO CIRURGICO DA ANQUILOSE DA ARTICULACAO TEMPORO
	CIRURGIA TORÁCICA
55050026	BOCIO INTRA-TORACICO RESSECÇAO POR VIA TRANS-ESTERNAL
55010040	BULECTOMIA BILATERAL COM ESTERNOTOMIA
55010032	BULECTOMIA UNILATERAL
55030106	COLOCAÇAO DE PROTESE TRAQUEAL
55060048	ESTERNECTOMIA TOTAL OU SUBTOTAL C/ OU S/ PROTESE
55010075	LOBECTOMIA "STANDARD"
55010253	LOBECTOMIA ALARGADA
55050069	MEDIASTINOTOMIA
55020089	PLEURECTOMIA
55020070	PLEURO-PNEUMONECTOMIA
55010091	PNEUMONECTOMIA "STANDARD"
55060307	RESSECÇÃO DE TUMOR DE PARTES MOLES, ABAIXO DA FASCIA SUPERFICIALIS, COM RECONSTRU.
55050085	RESSECÇAO DE TUMOR DO MEDIASTINO
55030041	RESSECÇÃO DE TUMOR TRAQUEAL
55010156	RESSECÇAO EM CUNHA
55010164	RESSECÇAO PULMONAR ASSOCIADA A ANASTOMOSE BRONQUICA
55060161	RESSUTURA DA DEISCENCIA DE ESTERNO APOS ESTERNOTOMIA
55010180	SEGMENTECTOMIA
55010199	SUTURA PULMONAR COM PLEURODESE
55050093	TIMECTOMIA POR VIA TRANS-ESTERNAL
55060056	TORACECTOMIA E RECONSTRUÇAO (COM OU SEM PROTESE)
55060080	TORACOMIA EXPLORADORA
55060072	TORACOPLASTIA
55060145	TORACOTOMIA PARA ACESSO A PROCEDIMENTO ORTOPEDICO
55020097	TUMOR DE PLEURA - RESSECÇAO
	CIRURGIA UROLÓGICA

56030630	ADRENALECTOMIA
56050038	CISTECTOMIA RADICAL
56050054	CISTECTOMIA TOTAL
56050399	CISTOIITÒTRIPSIA PERCUTÂNEA (U.S., E.H., E.C.)
56050496	CISTOIITÒTRIPSIA TRANSURETRAL (U.S., E.H., E.C.)
56040687	COLOCAÇÃO URETEROSCÓPICA DE DUPLO J
56050097	ENTEROCISTOPLASTIA (AMPLIAÇÃO VESICAL)
56100086	EPIDIDIMOVASOPLASTIA BILATERAL
56050208	EXTROFIA VESICAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO
56040105	FÍSTULA URETERO-CUTÂNEA (TRATAMENTO CIRÚRGICO)
56040091	FÍSTULA URETERO-INTESTINAL (TRATAMENTO CIRÚRGICO)
56060114	FÍSTULA URETRO-RETAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA
56060106	FÍSTULA URETRO-VAGINAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA
56050240	FÍSTULA VÉSICO-ENTÉRICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO
56050259	FÍSTULA VÉSICO-RETAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO
56050224	FÍSTULA VÉSICO-UTERINA - TRATAMENTO CIRÚRGICO
56050232	FISTULA VÉSICO-VAGINAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO
56070101	HEMORRAGIA DA LOJA PROSTÁTICA -HEMOSTASIA ENDOSCÓPICA
56050542	INCONTINÊNCIA URINARIA - "SLING" VAGINAL OU ABDOMINAL
56050267	INCONTINÊNCIA URINARIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO
56050429	INCONTINÊNCIA URINARIA - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO (INJEÇÃO)
56060122	INCONTINÊNCIA URINARIA MASCULINA - TRATAMENTO CIRÚRGICO
56130015	LINFADENECTOMIA INGUINAL OU ILÍACA
56130031	LINFADENECTOMIA PÉLVICA
56130023	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL
56030100	NEFRECTOMIA
56030118	NEFRECTOMIA BILATERAL
56030657	NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA UNILATERAL
56030096	NEFRECTOMIA PARCIAL
56030410	NEFRECTOMIA PARCIAL EXTRACORPÓREA
56030428	NEFRECTOMIA RADICAL
56030193	NEFRO OU PIELOENTEROCISTOSTOMIA
56030134	NEFROLITOTOMIA ANATRÓFICA
56030576	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA
56030142	NEFROLITOTOMIA SIMPLES
56030592	NEFROLITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA - ACOMPANHAMENTO DE 1* SESSÃO
56030614	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA (MEC, E.H., OU U.S.)
56030207	NEFROURETERECTOMIA COM RESSECCÂO VESICAL
56060157	NEOURETRA PROXIMAL (CISTOURETROPLASTIA)
56090099	ORQUIDOPEXIA BILATERAL
56030223	PIELOLITOTOMIA COM NEFROLITOTOMIA ANATRÓFICA
56030231	PIELOLITOTOMIA COM NEFROLITOTOMIA SIMPLES
56120192	PLÁSTICA - RETALHO CUTÂNEO À DISTÂNCIA
56070047	PROSTATAVESICULECTOMIA RADICAL
56070039	PROSTATECTOMIA A CÉU ABERTO.
56040547	REIMPLANTE URETERO-VESICAL UNILATERAL
56070055	RESSECCÂO ENDOSCÓPICA DA PRÓSTATA

56030290	TRANSPLANTE RENAL (RECEPTOR).
56030312	TUMOR RENAL - ENUCLEAÇÂO
56050330	TUMOR VESICAL - RESSECCÂO ENDOSCÓPICA
56030304	TUMORES RETRO-PERITONIAIS MALIGNOS - EXÉRESE
56040431	URETERÓLISE
56040288	URETEROPLASTIA
56040270	URETEROPLASTIA CUTÂNEA BILATERAL
56040725	URETERORRENOLITOTRIPSIA
56040334	URETEROURETEROCISTONEOSTOMIA
56040342	URETEROURETEROSTOMIA CUTÂNEA
56110138	VASO-VASOSTOMIA BILATERAL
	NEUROCIRURGIA
49010018	ABCESSO CEREBRAL:CRANIOTOMIA PARA TRATAMENTO CIRURGICO
49030019	ABCESSO EPIDURAL-LAMINECTOMIA
49030361	ARTRODESE DE COLUNA C/ INSTRUMENTAÇÃO - VIA ANTERIOR
49030370	ARTRODESE DE COLUNA C/ INSTRUMENTAÇÃO - VIA POSTERIOR
49030345	CANAL VERTEBRAL ESTREITO - TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO
49010662	CIRURGIA INTRACRANIANA ENDOSCÓPICA
49030043	CORDOTOMIA E MIELOTOMIA
49010042	CRANIOPLASTIA
49010735	CRANIOTOMIA PARA TUMORES CEREBRAIS
49010140	DERICAÇÃO VENTRÍCULAR EXTERNA
49030060	DERIVAÇÃO LOMBO-PERITONEAL
49010115	DESCOMPRESSAO NEUROVASCULAR DOS NERVOS CRANIANOS
49040103	DESNERVAÇÃO PERCUTÂNEA DE FACETAS ARTICULARES
49010174	FÍSTULA LIQUÓRICA :TRATAMENTO CIRÚRGICO
49010212	HEMATOMA EXTRADURAL E SUBDURAL AGUDO:TRATAMENTO CIRURGICO
49010220	HEMATOMA INTRACEREBRAL:TRATAMENTO CIRURGICO
49030108	HERNIA DISCAL CERVICAL : TRATAMENTO MICROCIRURGIA
49030353	HÉRNIA DISCAL DORSAL OU LOMBAR - TRATAMENTO MICROCIRURGIA
49030086	HERNIA DISCAL DORSAL OU LOMBAR:TRATAMENTO CIRÚRGICO
49010255	HIPOFISECTOMIA SELETIVA COM AUXILIO DE MICROSCOPIO CIRURG
49030159	LESAO TRAUMATICA RAQUIMEDULAR COM LAMINECTOMIA
49010280	MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA
49040146	MICROCIRURGIA COM ENXERTO INTERVASCULAR DE NERVO PERIFÉRICO
49040324	MICROCIRURGIA DE NERVO COM ENXERTO
49040162	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL
49040251	NEUROLISE DE NERVO MULTIPLO
49040316	NEUROPATIAS COMPRESSIVAS
49040219	NEURORRAFIA
49040227	NEURORRAFIA MÚLTIPLA
49010425	OSTEOMIELITE DE CRÂNIO - TRATAMENTO CIRÚRGICO
49010743	RECONSTRUÇÃO CRANIANA OU CRÂNIO FACIAL
49040375	SIMPATECTOMIA CERVICAL OU TORÁCICA
49010182	TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE CRÂNIO
49030388	TUMORES EXTRA-INTRADURAIS - MICROCIRURGIA

49010565	TUMORES INTRACRANIANOS: MICROCIRURGIA
49030400	TUMORES INTRAMEDULARES - MICROCIRURGIA
49010530	TUMORES OSSEOS DO CRANIO COM CRANIOPLASTIA:CRANIECTOMIAS
49030256	TUMORES VERTEBRAIS - TRATAMENTO CIRÚRGICO
49010131	VENTRICULO ATRIOSTOMIA COM INTERPOSIÇÃO DE VÁLVULA
49010719	VENTRICULOPERITONIOSTOMIA COM INTERPOSIÇÃO DE VÁLVULA

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Suplementar, desde que contratada, garante ao Beneficiário, uma indenização em caso de falecimento do Cônjuge do Segurado, ou ainda na ocorrência de algum do(s) demais evento(s) coberto(s) previsto(s) na(s) Cobertura(s) contratada(s) pelo Segurado em favor de seu Cônjuge**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula Suplementar, das Condições Gerais, da(s) Cobertura(s) contratada(s) e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. **Esta Cláusula Suplementar somente poderá ser contratada, se for extensiva da(s) Cobertura(s) contratada(s) para o Segurado, exceto a Cobertura de Auxílio Babá/Enfermeira e/ou Empregada (AUX-B/E/E) que poderá ser contratada para o Cônjuge mesmo que não contratada para o Segurado, respeitadas as conjugações disponibilizadas pela Seguradora.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Cônjuge:** é a(o) esposa(o) do Segurado(a). A(o) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

3. COBERTURAS EXTENSÍVEIS AO CÔNJUGE

3.1. Todas as coberturas deste plano de seguro poderão ser contratadas para o Cônjuge, com exceção das relacionadas no item 3.1.1 abaixo. As coberturas serão informadas contratualmente obedecendo obrigatoriamente as mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nas respectivas Coberturas, eventualmente contratadas, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis exclusivamente ao Cônjuge.

3.1.1. **As coberturas a seguir não são extensíveis ao Cônjuge:**

- **Doença Terminal (DT)**
- **Doença Congênita de Filhos (DCF)**
- **Assistência Funeral Familiar (AFF)**
- **Assistência Funeral Familiar por Acidente (AFFA)**
- **Assistência Funeral Segurados Indicados (AFASI)**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **Estão expressamente excluídos desta Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge todos os riscos definidos como excluídos das Coberturas contratadas, e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados para o Cônjuge serão o equivalente a um percentual igual ou inferior a 100% (cem por cento) do capital segurado estabelecido contratualmente para o Segurado em cada uma da(s) respectivas Cobertura(s) contratada(s).

6. CESSAÇÃO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

6.1. **Esta Cláusula Suplementar será cancelada automaticamente e sem restituição dos**

prêmios pagos, exceto o previsto no item “e” a seguir, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

a) Com o falecimento do Cônjuge;

b) Com a cessação da condição de Cônjuge, seja ou não comunicado este fato à Seguradora e independentemente da cobrança de Prêmio;

c) Quando o Segurado solicitar a exclusão de seu Cônjuge;

d) Com o pagamento da indenização por doença terminal, invalidez permanente total por acidente ou invalidez permanente total por doença do Cônjuge, e a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;

e) Com o pagamento da antecipação de 100% (cem por cento) do capital segurado da cobertura de Morte (M) do Cônjuge pela Cobertura de Auxílio Babá/Enfermeira e/ou Empregada (AUX-B/E/E).

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados, além dos documentos básicos relacionados na(s) Cobertura(s) contratada(s), a comprovação da condição de Cônjuge, por meio de:

- Certidão de Casamento atualizada; ou
- Provas de união estável.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, têm função subsidiária.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Suplementar, desde que contratada, garante ao Beneficiário, uma indenização em caso de falecimento do(s) Filhos(s) do Segurado, ou ainda na ocorrência de algum do(s) demais evento(s) coberto(s) previsto(s) na(s) Cobertura(s) contratada(s) pelo Segurado em favor de seu(s) Filho(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula Suplementar, das Condições Gerais, da(s) Cobertura(s) contratada(s) e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. **Esta Cláusula Suplementar somente poderá ser contratada, se for extensiva da(s) Cobertura(s) contratada(s) para o Segurado, exceto a Cobertura de Auxílio Babá/Enfermeira e/ou Empregada (AUX-B/E/E) que poderá ser contratada para a(s) Filha(s) mesmo que não contratada para o Segurado, respeitadas as conjugações disponibilizadas pela Seguradora.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Filho(s):** para efeito desta Cobertura Suplementar é(são) o(s) filho(s), o(s) enteado(s) e o(s) menor(es) considerado(s) dependente(s) do Segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda - IRPF.

3. COBERTURAS EXTENSÍVEIS AO(S) FILHO(S)

3.1. **Somente as coberturas relacionadas no item 3.1.1 abaixo poderão ser contratadas para o(s) Filho(s), obedecendo as mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nas respectivas Condições Especiais das Coberturas contratadas, observadas as limitações de capital segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis exclusivamente ao(s) Filhos(s).**

3.1.1. **As coberturas a seguir são extensíveis ao(s) Filho(s):**

- **Morte (M)**
- **Morte Acidental (MA)**
- **Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)**
- **Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO)**
- **Auxílio Funeral (AUXF)**
- **Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA)**
- **Auxílio Babá/Enfermeira e/ou /Empregada (AUX-B/E/E)**
- **Assistência Funeral (AF)**
- **Assistência Funeral por Acidente (AFA)**
- **Doenças Graves (DG)**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **Estão expressamente excluídos desta Cláusula Suplementar de Inclusão de Filho(s) todos os riscos definidos como excluídos das Coberturas contratadas, e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados para o(s) Filho(s) serão o equivalente a um percentual igual ou inferior a 100% (cem por cento) do capital segurado estabelecido contratualmente para o Segurado em cada uma da(s) respectivas Cobertura(s) contratada(s).

5.2. Para os menores de catorze anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado principal ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob a forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionados ao sinistro coberto.

5.3. A restrição de que trata o caput deste artigo não se aplica a coberturas de doenças graves não infecciosas ou doenças congênitas, desde que não suscetíveis a serem provocadas intencionalmente.

6. CESSAÇÃO DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

6.1. Esta Cláusula Suplementar será cancelada automaticamente, e individualmente para cada Filho segurado, sem restituição dos prêmios pagos, exceto o previsto no item "d" a seguir, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

a) Com o falecimento do Filho incluído no seguro;

b) Com a cessação da condição de Filho, seja ou não comunicado este fato à Seguradora e independentemente da cobrança de Prêmio;

c) Quando o Segurado solicitar o cancelamento desta Cláusula;

d) Com o pagamento da indenização por doença terminal, invalidez permanente total por acidente ou invalidez permanente total por doença do Filho, e a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;

e) Com o pagamento da antecipação de 100% (cem por cento) do capital segurado da cobertura de Morte (M) da Filha pela Cobertura de Auxílio Babá/Enfermeira e/ou Empregada (AUX-B/E/E).

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 15, deverão ser apresentados, além dos documentos básicos relacionados na(s) Cobertura(s) contratada(s), a comprovação da condição de Filho, por meio da cópia da Certidão de Nascimento ou RG (carteira de identidade) e o CPF (Cadastro de Pessoa Física).

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, têm função subsidiária.

Central de Serviço do Segurado:

Todo o Brasil: 0800 245 4345

Capitais e grandes centros: 4020-4345

De segunda a sexta-feira, das 8h às 20h.

SAC: 0800 284 4848

Deficiente Auditivo: 0800 275 8585

Ouvidoria: 0800 770 1061

www.zurich.com.br

ZURICH ZURICH

As marcas e sinais distintivos aqui utilizados são registrados em nome da Zurich Insurance Company Ltd em várias jurisdições em todo o mundo.

ZURICH®