CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
Processo Susep – 15414.902186/2014-52

1. CARACTERÍSTICAS 2
2. OBJETIVO DO SEGURO 2
3. DEFINIÇÕES 2
4. COBERTURAS DO SEGURO 6
5. RISCOS EXCLUÍDOS 30
6. CARÊNCIA 31
7. CONTRATAÇÃO E CONDIÇÃO DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS 32
8. VIGÊNCIA, INÍCIO DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO 33
9. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS 34
10. PERÍODO DE TOLERÂNCIA E REABILITAÇÃO DA COBERTURA DO SEGURO 34
11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 35
12. REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE 35
13. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO 46
14. MODIFICAÇÕES DE RISCO 46
15. CANCELAMENTO DO CONTRATO DE SEGURO 46
16. PERDA DO DIREITO AO CAPITAL SEGURADO 47
17. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO 48
18. OCORRÊNCIA DO SINISTRO 48
19. FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO 52
20. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS 53
21. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA 54
22. DO FORO 54
23. DISPOSIÇÕES FINAIS 54

1. CARACTERÍSTICAS

1.1 A Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais, CNPJ nº 61.198.164/0001-60, doravante denominada Porto Seguro, instituí o presente Plano de Seguro de Pessoas Individual, estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, na modalidade de Benefício Definido, descrito nestas Condições Gerais e devidamente registrado na Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

1.2 Devido a natureza do Regime Financeiro de Repartição Simples, este seguro não permite a concessão de resgate, saldamento, seguro prolongado ou devolução de quaisquer Prêmios pagos, uma vez que cada Prêmio é destinado a custear o Risco de pagamento das indenizações no período de Cobertura.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1 Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um Capital Segurado ao próprio Segurado ou aos seus Beneficiários, na ocorrência de um dos Eventos Cobertos pelas garantias contratadas, exceto se decorrentes de Riscos Excluídos, respeitando-se os demais itens destas Condições Gerais.

3. DEFINIÇÕES

3.1 As definições a seguir aparecerão no texto destas Condições Gerais com iniciais em maiúscula, sendo que o masculino incluirá o feminino e o singular incluirá o plural e vice-versa.

Aceitação

Aprovação da Proposta submetida à Porto Seguro para a contratação do seguro.

Acidentes Pessoais

Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente 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.

Âmbito Geográfico

Termo que determina o território de abrangência de uma determinada Cobertura ou a extensão na qual o seguro ou a Cobertura é válida.

Apólice

Documento que formaliza o Contrato de Seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade Seguradora e do Segurado e discriminando as garantias contratadas.

Atividade Profissional

É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência, mediante remuneração.

Ato Ilícito

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

Auditoria Médica

É a avaliação feita por um médico da Seguradora a qual o Segurado se submete para fins de comprovação do Sinistro.

Aviso de Sinistro

Comunicação da ocorrência de um Sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

Beneficiário

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

Cancelamento

Ato pelo qual a Apólice será cancelada antes da data prevista para término de sua vigência.

Capital Segurado

É o capital máximo a ser pago na ocorrência do Sinistro, ao Segurado ou Beneficiário do seguro, em função do valor estabelecido para cada Cobertura contratada, vigente na data do evento.

Coberturas

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um Evento Coberto, observadas as condições e os limites contratados.

Coberturas de Risco

Coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

Condições Especiais

Conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou Cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

Condições Gerais

Conjunto de cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou Coberturas contratuais de um plano de seguro, que estabelecem obrigações e direitos das partes contratantes.

Contrato de Seguro

Contrato que estabelece para uma das partes, mediante pagamento (Prêmio) pela outra parte, a obrigação de pagar, a esta, determinada importância, no caso de ocorrência de um Sinistro. É constituído de dois documentos principais, a saber, a proposta e a apólice.

Na proposta, o candidato ao seguro fornece as informações necessárias para a avaliação do Risco, e, caso a Seguradora opte pela Aceitação do mesmo, é emitida a apólice, formalizando o contrato.

Corretor de Seguros

É o intermediário legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Privado.

Curador

Pessoa encarregada judicialmente de administrar ou fiscalizar bens ou interesses de outra pessoa.

Doenças e/ou Lesões preexistentes

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, de conhecimento do Proponente e não declaradas na Proposta de Contratação.

Evento Coberto

É o acontecimento futuro e de data incerta, de natureza súbita involuntária e imprevisível, descrito nas garantias desta Condição Geral e ocorrido durante a Vigência do Seguro.

Final de Vigência

Data final para ocorrência de Riscos previstos em uma apólice de seguro. O Final de Vigência do Seguro ocorrerá às 24 horas do dia anterior ao seu aniversário, respeitando-se a vigência contratada.

Franquia

É o período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização.

Foro

No Contrato de Seguro, refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do contrato.

Incapacidade Temporária

É a perda total, contínua e temporária da capacidade para a prática da Atividade Profissional, causada direta e exclusivamente por acidente ou doença.

Indenização

É o valor devido pela Seguradora ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um Evento Coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

Início de Vigência

É a data a partir da qual as Coberturas de Risco serão garantidas pela seguradora.

Limite de Diárias

É a quantidade máxima de diárias que o Segurado fará jus, a contar da data do afastamento de suas atividades profissionais, observados a Carência, Franquia e limites estabelecidos nas Condições Especiais da Cobertura de Diária por Incapacidade Temporária.

Limite Técnico

Valores máximos que a Seguradora assumirá, sob sua responsabilidade, em cada Seguro, sendo definido conforme a legislação vigente.

Liquidação de Sinistro

Pagamento da Indenização (ou reembolso) relativa a um Sinistro.

Má–Fé

Agir de modo contrário à lei ou ao direito, fazendo-o propositadamente.

Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, em linha reta ou na colateral, até terceiro grau, amigo íntimo, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Nota Técnica Atuarial

Documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.

NYHA

Tabela funcional da New York Hart Association que permite classificar a extensão da insuficiência cardíaca congestiva.

Prazo de Carência

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

Prêmio

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

Processo SUSEP

É o número de registro do produto a ser comercializado pela Seguradora na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

Proponente

É a pessoa física, que manifesta interesse em contratar as Coberturas do Seguro, mediante preenchimento e protocolo da Proposta de Contratação na Seguradora.

Proposta de Contratação

É o documento que contém a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas), manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais.

Regime Financeiro de Repartição Simples

Estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse mesmo período.

Renovação

O conjunto de normas e procedimentos a serem cumpridos, para que se efetive a continuidade do contrato.

Risco

Evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

Risco Coberto

Risco, previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a Indenização e/ou reembolso ao Segurado.

Riscos Excluídos

São aqueles Riscos não cobertos pelo Plano de Seguro, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais.

Segurado

É o Proponente que foi aceito e incluído no plano de seguro pela Seguradora.

Seguradora

É a pessoa jurídica legalmente constituída, que emite a apólice e, após o recebimento do Prêmio, assume o Risco de pagar o Capital Segurado ao Beneficiário ou ao Segurado caso ocorra um dos Eventos Cobertos e predeterminados pelo Seguro.

Sequela

Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

Sinistro

Ocorrência do Risco Coberto, durante o período de Vigência do Seguro.

Vigência do Seguro

É o período contínuo de tempo fixado na Apólice durante o qual está em vigor o Contrato de Seguro.

4. COBERTURAS DO SEGURO

4.1 As Coberturas do seguro são aquelas discriminadas na Proposta de Contratação pelo Proponente.

As Coberturas dividem-se em básicas e adicionais:

a) É considerada **Cobertura Básica**, podendo ser contratada isoladamente, independentemente de quaisquer das Coberturas adicionais:

- Morte

b) São consideradas **Coberturas Adicionais:**

- Morte Acidental;
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, podendo ser contratada com limite de até 200% da Cobertura básica;
- Invalidez Permanente por Acidente Majorada;
- Antecipação Especial por Doença;
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas;
- Diárias por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente, com ou sem Franquia Reduzida para Acidente;
- Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente, com ou sem Franquia Reduzida para Acidente;
- Assistência Funeral;
- Doenças Graves – 6 tipos;
- Doenças Graves – 10 tipos; e
- Doenças Graves - 17 tipos.

4.2 Neste plano de seguro é obrigatória a contratação da Cobertura básica.

4.3 Condições para a concessão das Coberturas do seguro:

a) O pagamento do Capital Segurado pelas Coberturas de Morte e Antecipação Especial por Doença não se acumulam.

b) A Cobertura de Antecipação Especial por Doença só pode ser concedida se a apólice também garantir a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, desde que esta última seja contratada com capital mínimo de 100% da Cobertura de Morte.

c) Somente Sinistros decorrentes de acidentes estarão amparados pela Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas.

d) Os Capitais Segurados por Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

e) Nos casos em que houver o pagamento do Capital Segurado por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e o Segurado vir a falecer em consequência deste mesmo evento, será deduzido do Capital Segurado de Morte a importância já paga pela Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

f) A Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente Majorada só pode ser concedida se a apólice também garantir a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

4.4 COBERTURA BÁSICA POR MORTE

Consiste no pagamento do Capital Segurado contratado relativo à morte do Segurado aos Beneficiários indicados na Proposta de Contratação.

a) O que está coberto:

Cobre a morte do Segurado desde que a morte tenha ocorrido dentro do período de Vigência do Seguro.

b) O que não está coberto:

Não está coberta a morte do Segurado se esta for decorrente de eventos mencionados no item 5 (cinco), Riscos Excluídos, ou no item 15 (quinze), Perda de Direito ao Capital Segurado, desta Condição Geral.

4.5 COBERTURA ADICIONAL POR MORTE ACIDENTAL

Consiste no pagamento de um **capital adicional** contratado relativo à morte acidental do Segurado aos Beneficiários indicados na Proposta de Contratação.

O valor do Capital Segurado para Morte Acidental não poderá ser superior a 100% do capital básico de Morte.

a) O que está coberto:

Cobre a Morte acidental do Segurado desde que a morte tenha ocorrido em decorrência de acidente coberto e dentro do período de Vigência do Seguro.

b) O que não está coberto:

Não está coberta a Morte acidental do Segurado se esta for decorrente de eventos mencionados no item 5 (cinco), Riscos Excluídos, ou o item 15 (quinze), da Perda de Direito ao Capital Segurado, desta Condição Geral.

Não será considerada Morte Acidental e, portanto, não estará coberta por esta cobertura, a morte por causa indeterminada ou desconhecida.

4.6 COBERTURA ADICIONAL POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

Consiste no pagamento no pagamento do Capital Segurado contratado ao próprio Segurado, relativo à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, conforme tabela de Invalidez Permanente Total ou Parcial constante nesta Condição Especial, causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da apólice.

a) O que está coberto:

Cobre a Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado causada por acidente pessoal coberto, desde que esteja terminado o tratamento e esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e, quando da alta médica definitiva, a invalidez permanente esteja avaliada e constatada.

Esta Cobertura adicional poderá ser contratada com capital equivalente até 200% do Capital Segurado da Cobertura básica de Morte.

O pagamento do Capital Segurado corresponderá aos percentuais descritos na tabela a seguir, de acordo com grau de invalidez permanente, sendo esse percentual aplicado sobre o Capital Segurado da Cobertura de Invalidez Permanente total ou Parcial por Acidente.

Tabela de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente		
	Discriminação	**%**
Invalidez Permanente 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 incurável	100

	Discriminação	%
Invalidez Permanente PARCIAL DIVERSOS	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

	Discriminação	%
Invalidez Permanente PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total de um dos dedos indicadores	15
	Perda total de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar, indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

	Discriminação	%
Invalidez Permanente 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 total de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
	- De 3 (três) centímetros	6
	- Menos de 3 (três) centímetros, sem indenização	

IMPORTANTE:

I. A reintegração do Capital Segurado é automática após cada acidente, sem a cobrança de Prêmio adicional, desde que a invalidez seja parcial.

II. Não estando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o Capital Segurado por perda parcial é calculado pela aplicação, à percentagem prevista na tabela supracitada, para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

III. Na falta de indicação do percentual de redução informando-se apenas o grau dessa redução como máximo, médio ou mínimo, o Capital Segurado será calculado, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na tabela, o Capital Segurado será estabelecido de acordo com a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

IV. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, o Capital Segurado será calculado somando-se os respectivos percentuais, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado previsto para essa Cobertura. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma dos percentuais correspondentes não poderá exceder ao Capital Segurado previsto para sua perda total.

V. A perda ou agravo da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do Capital Segurado, salvo quando previamente declarado pelo Segurado na contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau da invalidez definitiva o grau da invalidez preexistente devidamente comprovada por laudo médico e resultados de exames que demonstrem a perda funcional atestando o grau da preexistência.

VI. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito ao Capital Segurado desta Cobertura.

VII. A constatação da Invalidez Permanente por Acidente se fará através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialização da lesão e resultados de exames que demonstrem a perda funcional. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

VIII. A indenização respeitará o percentual de lesão indicado na tabela, independentemente de o segurado estar inteiramente inválido para as atividades laborais habituais, de poder ou não ser reabilitado em outra atividade ou, ainda, de estar (ou vir a ser) aposentado pelo INSS.

b) O que não está coberto:

Não está coberto a Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado se esta for decorrente de eventos mencionados no item "Riscos Excluídos" ou no item "Perda de Direito ao Capital Segurado", desta Condição Geral.

4.7 COBERTURA ADICIONAL POR INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA

Consiste na possibilidade do Segurado majorar os percentuais do Capital Segurado da Cobertura de Invalidez Parcial por Acidente constante na tabela para cômputo de invalidez supracitada, de alguns membros ou órgãos, para 100% (cem por cento).

4.7.1 São membros passíveis de majoração:

I. Perda total da visão do uso de um olho;

II. Perda total do uso de um dos indicadores;

III. Perda total de um dos polegares, ao nível do metacarpiano; e

IV. Anquilose total de um dos cotovelos.

a) O que está coberto:

Cobre a Invalidez Permanente por Acidente Majorada em caso de lesão nos órgãos ou membros relacionados no item 4.7.1, decorrente de acidente coberto e que ocasione Invalidez Parcial. O Segurado receberá 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

IMPORTANTE:

I. O pagamento será realizado após conclusão do tratamento ou esgotado os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, constatada e avaliada a Invalidez Permanente quando da alta médica definitiva em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto.

II. Esta Cobertura se extingue com o pagamento do Capital Segurado de, pelo menos, um dos membros passíveis de majoração, permanecendo inalteradas as demais Coberturas contratadas na apólice.

III. A constatação da Invalidez Permanente por Acidente se fará através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialização da lesão. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

b) O que não está coberto:

Não está coberto a Invalidez Permanente Total Majorada do Segurado de órgãos ou membros não relacionados no item 4.7.1 ou se a invalidez for decorrente de eventos mencionados no item 5 (cinco), Riscos Excluídos, ou no item 15 (quinze), Perda de Direito ao Capital Segurado, desta Condição Geral.

4.8 COBERTURA ADICIONAL POR ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA

Consiste na antecipação do pagamento do Capital Segurado relativo à Cobertura de Morte, que será paga ao Segurado, Curador ou a quem o represente juridicamente.

a) O que está coberto:

Cobre a Antecipação Especial por Doença nos casos em que o Segurado apresentar quadro clinico irreversível, em fase terminal, em decorrência das doenças devidamente cobertas e relacionadas a seguir.

Considera-se o Segurado com quadro clínico irreversível e em fase terminal aquele que apresente estado clínico gravíssimo, sem perspectiva de recuperação ou cura, comprovado por profissional habilitado, nos casos das enfermidades abaixo cobertas:

I - Deficiência visual, decorrente de doença:

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

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

iii. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou,

iv. Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

II - Coma irreversível por doença, exceto decorrente do uso de álcool e drogas.

Entende-se por coma o estado de inconsciência sem resposta a estímulos externos, persistindo, continuamente, com as medidas de suporte de vida por um período de, pelo menos, 96 (noventa e seis) horas e resultante em déficits neurológicos permanentes.

III - Doenças Terminais.

Entende-se por Doenças Terminais aquelas em fase avançada, progressiva e incurável, sem possibilidades de respostas a nenhuma medida terapêutica, conhecida e aplicada sem expectativa de cura, onde o esperado é o óbito.

IV - Alienação mental decorrente de doença, manifestada e diagnosticada durante a Vigência do Seguro.

Entende-se por alienação mental, distúrbio mental ou neuromental grave e persistente, aqueles em que, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho e incluso na qualificação de curatelado (a) em definitivo.

V - Insuficiência cardíaca, refratária ao tratamento, com classificação funcional, grau IV, de acordo com a tabela NYHA, exceto doenças congênitas.

Entende-se por Insuficiência Cardíaca ou Cardiopatia Grave, doença que curse com alterações hemodinâmicas evidentes e marcadas, com disfunções locais de ordem rítmica, isquêmica, obstrutivo-restritivas ou de mortalidade e/ou com acometimento de outros órgãos, representando-se como condição funcional de grau IV (NYHA), tornando o paciente incapaz de atividade física de qualquer espécie e irreversível. Esta condição deve ser comprovada pelo exame físico e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

VI – Doenças Crônicas.

Entende-se por doenças crônicas, as que atingem os portadores de doenças incuráveis, que são mantidos definitivamente no leito, com ou sem ajuda de aparelhos, com caráter progressivo, com manifestações clínicas avançadas acometendo outros órgãos sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em protocolos de tratamento direcionados à cura e/ou seu controle clínico.

VII - Perda de existência independente do Segurado.

Entende-se perda de existência independente do Segurado aquele que, por motivo de doença, vier apresentar alguns dos estados mórbidos relacionados a seguir:

i. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;

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

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

IMPORTANTE

I. A constatação da Cobertura de Antecipação Especial por Doença, conforme definida no subitem 4.8, se fará por declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialização da lesão e perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

II. A concessão dessa Cobertura não está vinculada à aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas.

III. O Capital Segurado dessa Cobertura corresponde a 100% do capital da Cobertura de Morte vigente na data do Evento Coberto e estabelecido na Proposta de Contratação.

IV. Com o pagamento do Capital Segurado referente a essa Cobertura, o seguro e todas as demais coberturas estarão automaticamente canceladas, incluindo a Cobertura de Assistência Funeral.

b) O que não está coberto:

Não está coberto a Antecipação Especial por Doença para o Segurado de eventos decorrentes de doenças não mencionadas no item 4.8 alínea 'a', bem como as situações a seguir:

I. Coma irreversível decorrente do uso de álcool e drogas;

II. Insuficiência cardíaca congênita;

III. Doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer etiologia (origem causal);

IV. Doenças em geral, geradoras de limitação física e/ou déficit funcional em qualquer grau, cuja etiologia (origem causal) possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, mesmo que parcial, com a(s) atividade(s) profissional (is) exercida(s) pelo Segurado, a qualquer tempo, ainda que, por qualquer motivo, não lhe(s) tenha sido atribuído nexo causal ocupacional;

V. Toda e qualquer manifestação clínica, lesão e/ou doença que possua, em qualquer tempo de sua evolução, desde a origem, inclusive, alguma internação, intercorrência e/ou agravo ocorrido na dependência de traumatismos, exposições a esforços físicos, repetitivos ou não e/ou posturas viciosas;

VI. 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 ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

VII. A Cobertura por Antecipação Especial por Doença também não cobre eventos relacionados no item 5 (cinco), Riscos Excluídos, ou no item 15 (quinze), Perda de Direito ao Capital Segurado, desta Condição Geral.

4.9 COBERTURA ADICIONAL POR DESPESA MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

Consiste no pagamento de um Capital Segurado, mediante reembolso, relativo à Cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, devidamente comprovadas, limitado ao valor contratado, decorrentes de acidente coberto.

a) O que está coberto:

Cobre as Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas do Segurado, decorrentes de acidente pessoal coberto, efetuadas exclusivamente para seu tratamento, desde que iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do evento, sob orientação médica, incluindo diárias hospitalares necessárias para o restabelecimento do Segurado.

IMPORTANTE:

I. O Capital Segurado para a Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas corresponderá à porcentagem do Capital Segurado para a Cobertura de Morte, conforme indicado na Proposta de Contratação.

II. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que sejam profissionais habilitados.

III. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do Médico Assistente.

IV. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de Cobertura contratada, à época da ocorrência do Sinistro.

V. A reintegração do Capital Segurado desta Cobertura é automática após cada Evento Coberto, sem a cobrança de Prêmio adicional.

b) O que não está coberto:

Não estão cobertas as Despesas Médicas, Hospitalares Odontológicas do Segurado decorrentes de:

I. Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes; e

II. Aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses ou órteses implantadas pela primeira vez.

III. A Cobertura por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas também não cobre eventos relacionados no item " Riscos Excluídos", ou no item "Perda de Direito ao Capital Segurado", desta Condição Geral.

4.10 COBERTURA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

Consiste na prestação de serviço ou no pagamento, através de reembolso, de despesas com funeral na ocorrência de morte do Segurado e/ou de seus familiares, conforme plano contratado. No caso de o beneficiário optar pela prestação de serviços, deverá comunicar de forma expressa por esta escolha. Nos casos em que a escolha seja pelo reembolso dos valores, o beneficiário dos valores será aquele indicado nas notas ficais originais correspondentes aos gastos relativos ao funeral.

4.10.1 O serviço de Assistência Funeral será concedido para:

I. Plano individual: o Segurado principal (excluído cônjuge e filhos); e

II. Plano familiar: o Segurado principal, seu cônjuge ou companheiro legalmente reconhecido e os filhos menores de 18 (dezoito) anos ou filhos dependentes legais, conforme critério do Imposto de Renda, de qualquer idade.

a) O que cobre

Cobre as despesas com funeral através da prestação de serviço, descritas a seguir ou posterior Reembolso de despesas com o funeral do Segurado ou de seus familiares, até o limite do plano contratado.

O Beneficiário poderá optar pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, sem qualquer direito a reembolso posterior.

a.1) Coberturas do Serviço de Assistência Funeral:

I. Assessoria para as Formalidades Administrativas

O Serviço de Assistência dirigir-se-á à residência/hospital do óbito, para providenciar todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do Município. Estes documentos serão encaminhados até a funerária do Município que tomará as medidas necessárias para a realização do funeral, entregando à família a respectiva documentação, posicionando-a das providências tomadas. Será solicitado o acompanhamento de uma pessoa da família, caso o Serviço de Assistência julgue necessário.

II. Carro Funerário

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família um carro funerário para transporte do corpo desde o local do óbito até o local do velório e depois até o local onde se fará o sepultamento ou cremação desde que dentro do mesmo Município.

III. Coroa de Flores

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma coroa de flores da época, juntamente com uma faixa de dizeres redigida pela família.

IV. Locação de Jazigo

Caso a família não disponha de local para o sepultamento, o Serviço de Assistência se responsabilizará pela locação de um jazigo, por um período de 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local.

V. Mesa de Condolências

O Serviço de Assistência providenciará uma mesa onde será colocado o livro de presença.

VI. Ornamentação de Urna

O Serviço de Assistência colocará a disposição da família, flores da época para o interior da urna, bem como vestirá o corpo se assim a família desejar.

VII. Paramentos

O Serviço de Assistência se responsabilizará pelos castiçais e velas que acompanham a urna bem como pelos aparelhos de ozona.

VIII. Passagem para um Parente

Caso a família do Segurado opte por fazer o sepultamento no local do evento e, não sendo este o Município de domicílio do Segurado, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem aérea - classe econômica - ou rodoviária, para uma pessoa da família acompanhar o sepultamento.

IX. Preparação do Corpo

O Serviço de Assistência fará a preparação do corpo, se assim a família desejar, que inclui: banho, barba, vestimenta, tamponamento, desodorização, tanatopraxia (aplicação de formol).

X. Registro de Óbito

O Serviço de Assistência efetuará o registro do óbito em cartório, acompanhado de uma pessoa da família, se necessário.

XI. Sepultamento ou Cremação

O Serviço de Assistência providenciará o sepultamento no túmulo ou jazigo, podendo ainda o Segurado ser cremado, caso esta opção tenha sido formalizada em vida, com documentação pertinente.

O Serviço de Assistência não se responsabilizará e não arcará com despesas pela exumação dos corpos que estejam no jazigo quando do sepultamento.

A cremação sempre será de responsabilidade do Serviço de Assistência. Caso o óbito ocorra ou o Segurado resida em Município que não disponha deste serviço, tendo a família optado pela cremação, deverá arcar com o translado do corpo desde o local do evento até o local da cremação.

XII. Serviço de Retorno ou Repatriamento de Corpo

Em caso de falecimento do Segurado durante viagem, o Serviço de Assistência atenderá às formalidades necessárias para o retorno ou repatriamento do corpo, transportando-o em esquife standard até o Município de domicílio do Segurado.

XIII. Urna ou Caixão

O Serviço de Assistência garante o pagamento da urna ou caixão dentro do valor estipulado contratado.

XIV. Velório

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma sala velatória ou capela, conforme o local.

Todas as taxas envolvidas na prestação do Serviço estarão cobertas, respeitando o limite da importância segurada estabelecida na Apólice, e desde que devidamente comprovadas.

a.2) Limitações aos Serviços de Assistência

Estão limitados os Serviços de Assistência nos seguintes casos:

I. Não poderão ser prestados enquanto não houver cooperação por parte dos familiares do falecido ou outrem que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Atendimento.

São considerados dados imprescindíveis ao atendimento, a informação do nome, endereço, CPF ou nº da apólice do Segurado e outros que vierem a se tornar necessários.

II. Caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento ou cremação no local do evento, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem para uma pessoa da família e reembolsará os gastos efetuados com o sepultamento ou cremação, até o limite estabelecido na apólice, mediante entrega dos comprovantes originais das respectivas despesas.

b) O que não cobre

Além das exclusões relacionadas no item "Riscos Excluídos" desta Condição Geral, estão expressamente excluídos da Cobertura Adicional de Assistência Funeral:

I. Inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremotos, movimentos sísmicos;

II. Ocorrências de irradiação decorrentes de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade, bem como casos de força maior;

III. Ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves e quaisquer outras perturbações de ordem pública. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar, de atos de humanidade em auxílio de outrem, no exercício legal de prática de esportes ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;

IV. Suicídio do Segurado cometido dentro dos primeiros 24 meses de Vigência do Seguro, ou da sua recondução depois de suspenso;

V. Translado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município onde a cremação possa ser efetuada;

VI Pedidos de assistência durante o período de Carência, estabelecido no item 'Carência' desta Condição Geral;

VII. Aquisição de jazigo;

VIII. A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;

IX. Doenças preexistentes à contratação do Seguro que já eram de conhecimento do Segurado e que não foram declaradas na Proposta de Contratação;

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

Xi> Eventos decorrentes de Ato Ilícito doloso praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante de um ou de outro.

4.11 COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE

Consiste no pagamento de Diárias por Incapacidade Temporária ao próprio Segurado que, por motivo de acidente pessoal ou doença, ocorridos durante a vigência da Apólice, venha a ficar afastado totalmente de qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação.

O que está coberto:

Cobre o afastamento do Segurado que, por motivo de acidente pessoal ou doença, venha a ficar afastado totalmente de qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, de forma contínua e temporária, por um período superior a 10 (dez) dias ou 7 (sete) dias, dependendo do tipo de franquia contratada, caracterizado por determinação médica e comprovado por exames complementares, até o Limite de Diárias contratado.

a.1) IMPORTANTE

I. Deverão ser respeitados os períodos de Carência, Franquia e limites de diárias, estabelecidos nesta Condição Geral.

II. Esta Cobertura é assegurada durante o período de Vigência do Seguro, salvo condições que determinem sua suspensão ou Cancelamento, conforme definido nesta Condição Geral.

III. 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. No eventual Sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal informada pelo Segurado na Proposta de Contratação, o pagamento do Capital Segurado será realizado pelo valor da renda contratada, mas 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.

b) O que não está coberto:

Além dos Riscos Excluídos do item "Riscos Excluídos", estão expressamente excluídos da Cobertura os afastamentos decorrentes de:

a) Gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente pessoal coberto, neste caso, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente;

b) Anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;

c) Tratamento clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e mudança de sexo, incluída a correção de varicocele; histerectomia/mastectomia, entre outros;

d) Tratamento clínico e/ou cirúrgico para estética em suas várias modalidades e suas consequências; Mamoplastias redutoras; Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença; Cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais cobertos por este seguro ou por reconstrução mamária consequente de mastectomia por neoplasia maligna, ocorridos durante a vigência deste seguro;

e) Tratamento clinico ou cirúrgico para obesidade em suas várias modalidades e suas consequências, exceto a gastroplastia conforme descrita no item 4.11.2.1, alínea a.6;

f) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

g) Todas as doenças ou transtornos mentais, síndrome do pânico, estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais e psiquiátricos;

h) Cirurgias ortognáticas, tratamentos dentários, ortodônticos e intervenções por razões reparadoras, salvo os consequentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;

i) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

j) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não), incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, Luxações recidivantes de qualquer articulação, exceto após tratamento cirúrgico;

k) Período que antecede a cirúrgica agendada/programada, salvo se for comprovado que durante este período houve afastamento médico.

b.1) IMPORTANTE

I. Ficam ainda excluídos do Risco Coberto por esta Cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

II. Caso o Segurado esteja afastado de suas atividades profissionais ou sua ocupação habitual e sua Incapacidade Temporária venha a evoluir para uma Invalidez Permanente, total por Doença ou ainda, total ou parcial por acidente, comprovada por laudo médico, as Diárias por Incapacidade Temporária coberta por este Seguro, cessarão automaticamente.

III. Também ficam expressamente excluídos da Cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, total ou parcial por acidente, tendo em vista que esta Cobertura cobre apenas Diárias por Incapacidade Temporária.

4.11.1 Franquia

4.11.1.1 A Franquia é dedutível por evento.

4.11.1.2 Haverá Franquia de 10 (dez) dias, contados a partir da data do afastamento de forma contínua e temporária, das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica decorrentes de doença ou acidente. Durante o período de Franquia o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias.

4.11.1.3 Poderá ser contratada a opção de Franquia reduzida para acidente, o período de Franquia será reduzido para 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento por acidente das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica.

4.11.2 Limite de Diárias

4.11.2.1 Limite Máximo de Diárias

O número máximo de diárias a serem pagas, por Evento Coberto, para esta Cobertura adicional, será de:

a) 90 (noventa) dias, durante a vigência anual do Contrato de Seguro, independentemente do período de afastamento prescrito, nos casos de eventos decorrentes de:

a.1) lesões classificadas sob a nomenclatura de L.E.R – Lesão por Esforço Repetitivo ou 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;

a.2) qualquer tipo de hérnia, decorrente de doença ou acidente;

a.3) doenças de características reconhecidamente progressivas pela medicina, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, doenças reumatológicas e ósseas;

a.4) lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias, cervicalgias e cervicobraquialgias;

a.5) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

a.6) Gastroplastia (cirurgia bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica, com Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m2 e 39,9 Kg/m2, com co-morbidades ou com IMC igual ou maior do que 40 Kg/m2, com ou sem co-morbidades.

b) 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.

4.12 COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

Consiste no pagamento de Diárias por Incapacidade Temporária ao próprio Segurado que, por motivo de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência da Apólice, venha a ficar afastado totalmente de qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação.

a) O que está coberto:

Cobre o afastamento do Segurado que, por motivo de acidente pessoal, venha a ficar afastado totalmente de qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, de forma contínua e temporária, por um período superior a 10 (dez) dias ou 7 (sete) dias, dependendo do tipo de franquia contratada, caracterizado por determinação médica e comprovado por exames complementares, até o Limite de Diárias contratado.

a.1) IMPORTANTE

I. Deverão ser respeitados os períodos de Carência, Franquia e limites de diárias, estabelecidos nesta Condição Geral.

II. Esta Cobertura é assegurada durante o período de Vigência do Seguro, salvo condições que determinem sua suspensão ou Cancelamento, conforme definido nesta Condição Geral.

III. 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. No eventual Sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal informada pelo Segurado na Proposta de Contratação, o pagamento do Capital Segurado será realizado pelo valor da renda contratada, mas 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.

b) O que não está coberto:

Além dos Riscos Excluídos do item "Riscos Excluídos", estão expressamente excluídos da Cobertura os afastamentos decorrentes de:

a) LER (Lesões por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, bem como os eventos considerados como acidentários (relativos às atividades laborativas);

b) Gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente pessoal coberto, neste caso, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente;

c) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico e no caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo Cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

d) Tratamento clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e mudança de sexo, incluída a correção de varicocele; histerectomia/mastectomia, entre outros;

e) Tratamento clínico e/ou cirúrgico para estética em suas várias modalidades e suas consequências; Mamoplastias redutoras; Cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais cobertos por este seguro ou por reconstrução mamária consequente de mastectomia por neoplasia maligna, ocorridos durante a vigência deste seguro;

f) Tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade em suas várias modalidades e suas consequências;

g) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

h) Todas as doenças ou transtornos mentais, síndrome do pânico, estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais e psiquiátricos;

i) Cirurgias ortognáticas, tratamentos dentários, ortodônticos e intervenções por razões reparadoras, salvo os consequentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;

j) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não), incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, Luxações recidivantes de qualquer articulação, exceto após tratamento cirúrgico;

k) As doenças de características reconhecidamente progressivas pela medicina, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, doenças reumatológicas e ósseas;

l) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

m) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias, cervicalgias e cervicobraquialgias, sacralgias e outros quadros degenerativos.

b.1) IMPORTANTE

I. Ficam ainda excluídos do Risco Coberto por esta Cobertura, qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

II. Caso o Segurado esteja afastado de suas atividades profissionais e sua Incapacidade Temporária venha a evoluir para uma Invalidez Permanente, total ou parcial por acidente, comprovada por laudo médico, as Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente coberta por este Seguro, cessarão automaticamente.

III. Também ficam expressamente excluídos da Cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, total ou parcial por acidente, tendo em vista que este Seguro cobre apenas Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente.

4.12.1 Franquia

4.12.1.1. A Franquia é dedutível por evento.

4.12.1.2 Haverá Franquia de 10 (dez) dias, contados a partir da data do afastamento de forma contínua e temporária, das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica decorrentes de acidente. Durante o período de Franquia o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias.

4.12.1.3 Poderá ser contratada a opção de Franquia reduzida para acidente, o período de Franquia será reduzido para 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento por acidente das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica.

4.12.2 Limite de Diárias

4.12.2.1 Limite Máximo de Diárias

O número máximo de diárias a serem pagas, por Evento Coberto, para esta Cobertura adicional, será de até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, conforme Proposta de Contratação e Apólice do Seguro, exceto aqueles previstos no item 'O que não está coberto', desta Cobertura.

4.13 COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES – 6 TIPOS

Consiste no pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de sobrevivência do segurado 30 (trinta) dias após o diagnóstico de uma das doenças cobertas ou da realização de um procedimento médico coberto, ambos descritos nesta Condição Geral.

b) O que está coberto:

Desde que contratada, a cobertura de Doenças Graves – 6 tipos, garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice de seguro, em caso de diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos, de uma das doenças ou procedimentos relacionados a seguir, diagnosticado durante a vigência do seguro.

IMPORTANTE:

I. O diagnóstico deverá ter sido constatado pela primeira vez após a data de início de vigência da cobertura.

II. Somente estarão cobertos os diagnósticos ocorridos durante a vigência do seguro, desde que cumprido o prazo de Carência de 90 (noventa) dias desta cobertura e somente se, o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do primeiro diagnóstico.

III. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave.

IV. Paga a indenização em decorrência do diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nestas Condições Gerais, a cobertura será automaticamente cancelada.

QUANDO O SEGURADO ATINGIR 70 (SETENTA) ANOS DE IDADE ESTA COBERTURA SERÁ AUTOMATICAMENTE EXCLUÍDA DA APÓLICE.

Doenças Cobertas:

I. Acidente Vascular Encefálico (Derrame): morte de tecido encefálico devido a evento encéfalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoide), ou embolia originada em uma fonte extracraniana com:

- Instalação aguda de novos sintomas neurológicos, e
- Constatação de novos déficits neurológicos objetivos no exame clínico.
- O déficit neurológico deve persistir por mais de 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

II. Câncer: tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolada de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo.

Exceto se houver exclusão específica, a definição de câncer também inclui leucemia, linfoma maligno e síndrome mielodisplásica.

III. Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass): Submeter-se à cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com o implante de enxertos/pontes vasculares (bypass). Cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia) estão cobertos.

A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.

IV. Infarto Agudo do Miocárdio: é a morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto agudo do miocárdio se baseia no comportamento (elevação e/ou queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio, em associação com pelo menos dois dos seguintes critérios:

- Sintomas de isquemia (p.ex. dor torácica)
- Alterações no eletrocardiograma (ECG) indicativas de isquemia recente (mudanças recentes ST - T ou novo bloqueio de ramo esquerdo)
- Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico cardiologista.

V. Insuficiência Renal Terminal: é a etapa final de diversas doenças renais. É caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

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

VI. Transplantes de Órgãos: Procedimento cirúrgico em que o Segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas, rim, intestino delgado (inclui transplante parcial) ou medula óssea. O transplante parcial ou total da face, mão braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta definição.

- Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído.
- A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

a) O que não está coberto:

A cobertura de Doenças Graves – 6 tipos não cobrirá nenhuma doença grave relacionada nesta Condição Geral quando estas forem decorrentes de Acidente Pessoal ou eventos relacionados nos itens “Riscos Excluídos" ou “Perda de Direto ao Capital Segurado” desta Condição Geral.

Também estão expressamente excluídos da Cobertura de Doenças Graves – 6 tipos, os diagnósticos a seguir:

I. Acidente Vascular Encefálico (Derrame):

- Ataque isquêmico transitório (TIA) e déficit neurológico isquêmico reversível prolongado (PRIND);
- Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos; hemorragias encefálicas pós-operatórias;
- Déficits neurológicos decorrentes de hipóxia, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou procedimentos médicos;
- Achados de imagem incidentais (CT ou RNM) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVE silencioso).

II. Câncer:

- Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não-invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intra-epitelial cervical – NIC-1, NIC-2 e NIC-3).
- Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 (sete) ou estadiamento menos avançado que T2, N0, M0.
- Leucemia linfocítica (ou linfóide) crônica – LLC no estádio A de Binet.

- Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno estádio IA (T1 a, N0, M0).
- Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0.
- Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta.
- Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial
- Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.
- Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori.
- Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010.
- Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia.
- Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia.
- Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estádio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

III. Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass):

- Angioplastia coronariana ou colocação de Stent.

IV. Infarto Agudo do Miocárdio:

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

V. Insuficiência Renal Terminal:

- Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.
- Transplantes de Órgãos:
- Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano.
- Transplantes com órgão de animais, não humanos.
- Autotransplantes (medula, mãos etc.).
- Transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados.
- Transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas).
- Transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.

4.14 COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES – 10 TIPOS

Consiste no pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de sobrevivência do segurado 30 (trinta) dias após o diagnóstico de uma das doenças cobertas ou da realização de um procedimento médico coberto, ambos descritos nesta Condição Geral.

a) O que está coberto:

Desde que contratada, a cobertura de Doenças Graves– 10 tipos, garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice de seguro, em caso de diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos, de uma das doenças ou procedimentos relacionados a seguir, diagnosticado durante a vigência do seguro.

IMPORTANTE:

I. O diagnóstico deverá ter sido constatado pela primeira vez após a data de início de vigência da cobertura.

II. Somente estarão cobertos os diagnósticos ocorridos durante a vigência do seguro, desde que cumprido o prazo de Carência de 90 (noventa) dias desta cobertura para todas as doenças relacionadas, exceto Esclerose Múltipla, cujo prazo de carência é de 180 (cento e oitenta) dias e, somente se, o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do primeiro diagnóstico.

III. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave.

IV. Paga a indenização em decorrência do diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nestas Condições Gerais, a cobertura será automaticamente cancelada.

QUANDO O SEGURADO ATINGIR 70 (SETENTA) ANOS DE IDADE ESTA COBERTURA SERÁ AUTOMATICAMENTE EXCLUÍDA DA APÓLICE.

Doenças Cobertas:

I. Acidente Vascular Encefálico (Derrame): morte de tecido encefálico devido a evento encéfalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoide), ou embolia originada em uma fonte extracraniana com:

- Instalação aguda de novos sintomas neurológicos, e
- Constatação de novos déficits neurológicos objetivos no exame clínico.

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

II. Câncer: tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolada de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo.

Exceto se houver exclusão específica, a definição de câncer também inclui leucemia, linfoma maligno e síndrome mielodisplásica.

III. Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass): Submeter-se à cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com o implante de enxertos/pontes vasculares (bypass). Cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia) estão cobertos.

A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.

IV. Infarto Agudo do Miocárdio: é a morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto agudo do miocárdio se baseia no comportamento (elevação e/ou queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio, em associação com pelo menos dois dos seguintes critérios:

- Sintomas de isquemia (p.ex. dor torácica)
- Alterações no eletrocardiograma (ECG) indicativas de isquemia recente (mudanças recentes ST - T ou novo bloqueio de ramo esquerdo)
- Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico cardiologista.

V. Insuficiência Renal Terminal: é a etapa final de diversas doenças renais. É caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

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

VI. Transplantes de Órgãos: Procedimento cirúrgico em que o Segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas, rim, intestino delgado (inclui transplante parcial) ou medula óssea. O transplante parcial ou total da face, mão braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta definição.

- Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído.
- A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

VII. Cirurgia da Aorta: realização de cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecção da aorta. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular, estão cobertos nesta definição.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

VIII. Cirurgia das Valvas Cardíacas: realização de cirurgia cardíaca para substituição ou reparo de uma ou mais valvas cardíacas (mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar).

- A definição abrange os seguintes procedimentos à tórax aberto e endovasculares: esternotomia total, esternotomia parcial, toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por catéter, implante transcatéter de prótese valvar aórtica (TAVI).
- A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames cardiológicos de imagem.

IX. Esclerose Múltipla: diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, e embasado por todos os seguintes critérios:

- Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 meses.
- Ressonância magnética (RM) que mostre pelo menos duas lesões desmielinizantes no encéfalo ou medula espinhal, características da esclerose múltipla.

X. Doença de Alzheimer: diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer que deve atender a todos os seguintes critérios:

- Perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais (planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social.
- Alteração da personalidade.
- Início gradual e declínio progressivo da função cognitiva.
- Ausência de distúrbio da consciência.
- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por ex. tomografia).
- A doença terá de exigir supervisão constante (24h) de terceiros. O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão constante devem ser confirmados por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

b) O que não está coberto:

A cobertura de Doenças Graves – 10 tipos não cobrirá nenhuma doença grave relacionada nesta Condição Geral quando estas forem decorrentes de eventos relacionados nos itens “Riscos Excluídos" ou “Perda de Direto ao Capital Segurado” desta Condição Geral.

Também estão expressamente excluídos da Cobertura de Doenças Graves – 10 tipos, os diagnósticos a seguir:

I. Acidente Vascular Encefálico (Derrame):

- Ataque isquêmico transitório (TIA) e déficit neurológico isquêmico reversível prolongado (PRIND);
- Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos; hemorragias encefálicas pós-operatórias
- Déficits neurológicos decorrentes de hipóxia, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou procedimentos médicos;
- Achados de imagem incidentais (CT ou RNM) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVE silencioso).

II. Câncer:

- Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não-invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intra-epitelial cervical –NIC-1, NIC-2 e NIC-3).
- Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 ou estadiamento menos avançado que T2,N0,M0.
- Leucemia linfocítica (ou linfóide) crônica – LLC no estádio A de Binet.
- Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno estádio IA (T1a,N0,M0).
- Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1,N0,M0.
- Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta.
- Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial
- Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.
- Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori.
- Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010.
- Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia.
- Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia.
- Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estádio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

III. Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass):

- Angioplastia coronariana ou colocação de Stent.

IV. Infarto Agudo do Miocárdio:

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

V. Insuficiência Renal Terminal:

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

VI. Transplantes de Órgãos:

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

VII. Cirurgia da Aorta:

- Cirurgia de qualquer ramo da aorta torácica ou abdominal (incluindo enxertos de bypass aorto-femoral e aorto-ilíaco).
- Cirurgia da aorta relacionada com o doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por ex. síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers–Danlos).
- Cirurgia após lesão traumática da aorta.

VIII. Cirurgia das Valvas Cardíacas:

- Clipagem da valva mitral transcatéter.

IX. Esclerose Múltipla:

- Possível esclerose múltipla e síndromes neurológicas ou radiológicas isoladas que sejam sugestivas, mas não diagnósticas, de esclerose múltipla.
- Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas.

X. Doença de Alzheimer:

- Outras formas de demência devido a perturbações cerebrais ou sistêmicas ou devido a doenças psiquiátricas.

4.15 COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES - 17 TIPOS

Consiste no pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de sobrevivência do segurado 30 (trinta) dias após o diagnóstico de uma das doenças cobertas ou da realização de um procedimento médico coberto, ambos descritos nesta Condição Geral.

O que está coberto:

Desde que contratada, a cobertura de Doenças Graves – 17 tipos, garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice de seguro, em caso de diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos, de uma das doenças ou procedimentos relacionados a seguir, diagnosticada ou realizados durante a vigência do seguro.

IMPORTANTE:

I. O diagnóstico deverá ter sido constatado pela primeira vez após a data de início de vigência da cobertura.

II. Somente estarão cobertos os diagnósticos ocorridos durante a vigência do seguro, desde que cumprido o prazo de Carência de 90 (noventa) dias desta cobertura para todas as doenças relacionadas, exceto Esclerose Múltipla, cujo prazo de carência é de 180 (cento e oitenta) dias e, somente se, o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do primeiro diagnóstico.

III. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave.

IV. Paga a indenização em decorrência do diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nestas Condições Gerais, a cobertura será automaticamente cancelada.

QUANDO O SEGURADO ATINGIR 70 (SETENTA) ANOS DE IDADE ESTA COBERTURA SERÁ AUTOMATICAMENTE EXCLUÍDA DA APÓLICE.

Doenças Cobertas:

I. Acidente Vascular Encefálico (Derrame): morte de tecido encefálico devido a evento encéfalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoide), ou embolia originada em uma fonte extracraniana com:

- Instalação aguda de novos sintomas neurológicos, e
- Constatação de novos déficits neurológicos objetivos no exame clínico.

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

II. Câncer: tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolada de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo.

Exceto se houver exclusão específica, a definição de câncer também inclui leucemia, linfoma maligno e síndrome mielodisplásica.

III. Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass): Submeter-se à cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com o implante de enxertos/pontes vasculares (bypass). Cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia) estão cobertos.

A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.

IV. Infarto Agudo do Miocárdio: é a morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto agudo do miocárdio se baseia no comportamento (elevação e/ou queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio, em associação com pelo menos dois dos seguintes critérios:

- Sintomas de isquemia (p.ex. dor torácica)
- Alterações no eletrocardiograma (ECG) indicativas de isquemia recente (mudanças recentes ST - T ou novo bloqueio de ramo esquerdo)
- Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico cardiologista.

V. Insuficiência Renal Terminal: é a etapa final de diversas doenças renais. É caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

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

VI. Transplantes de Órgãos: Procedimento cirúrgico em que o Segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas, rim, intestino delgado (inclui transplante parcial) ou medula óssea. O transplante parcial ou total da face, mão braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta definição.

Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

VII. Cirurgia da Aorta: realização de cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecção da aorta. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular, estão cobertos nesta definição.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

VIII. Cirurgia das Valvas Cardíacas: realização de cirurgia cardíaca para substituição ou reparo de uma ou mais valvas cardíacas (mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar).

A definição abrange os seguintes procedimentos à tórax aberto e endovasculares: esternotomia total, esternotomia parcial, toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por catéter, implante transcatéter de prótese valvar aórtica (TAVI).

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames cardiológicos de imagem.

IX. Esclerose Múltipla: diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, e embasado por todos os seguintes critérios:

- Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 meses.
- Ressonância magnética (RM) que mostre pelo menos duas lesões desmielinizantes no encéfalo ou medula espinhal, características da esclerose múltipla.

X. Doença de Alzheimer: diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer que deve atender a todos os seguintes critérios:

- Perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais (planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social.
- Alteração da personalidade.

- Início gradual e declínio progressivo da função cognitiva.
- Ausência de distúrbio da consciência.
- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por ex. tomografia).
- A doença terá de exigir supervisão constante (24h) de terceiros. O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão constante devem ser confirmados por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

XI. Perda Total da Audição: Perda total ou profunda e irreversível da audição em ambos os ouvidos, causada por Acidente Pessoal coberto ou doença, de acordo com o seguinte critério:

- Os limiares auditivos sensório-neurais aferidos por audiograma devem ser maiores ou iguais a 90dB (decibéis), simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz e em ambas as orelhas.

O diagnóstico deve ser feito por médico otorrinolaringologista, evidenciado por exames audiológicos e aceito pelas sociedades médico-científicas especializada como por exemplo, audiograma, BERA – Audiometria de Tronco Cerebral, emissão otoacústica.

XII. Perda Total da Fala: Perda total e irreversível da capacidade de falar causada por Acidente Pessoal coberto ou doença que afete diretamente a laringe ou os seus nervos, comprometendo a função das pregas vocais. estabelecida por um período contínuo de 6 (seis) meses.

Por perda total, entende-se a incapacidade de compreensão da maior parte das palavras emitidas (por exemplo: voz muito rouca, voz com volume irregular, fala arrastada, ritmo irregular ou anormal da fala).

Por perda irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 180 dias após a data do diagnóstico.

As causas psiquiátricas são excluídas.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (otorrinolaringologista ou cirurgião de cabeça e pescoço) e embasado por exames especializados.

XIII. Perda Total da Visão (Cegueira): Perda irreversível, total ou quase total, da visão de ambos os olhos causada por Acidente Pessoal coberto ou doença, obedecendo aos seguintes critérios:

- acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível; ou
- campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.

O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, feito por oftalmologista e evidenciado por exames específicos.

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

Haverá cobertura para embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.

XV. Paralisia de Membros: Perda total, completa e irreversível da função motora muscular e sensitiva de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia, triplegia, tetraplegia), decorrente de Acidente Pessoal coberto ou doença que afete a medula espinhal ou o encéfalo.

Por paralisia total, entende-se força muscular grau 0 (ausência de contração muscular) ou grau 1 (discreta contratilidade, sem movimento da articulação), conforme classificação de força muscular do MRC – Medical Research Council.

Por paralisia completa, entende-se que a paralisia motora deve afetar todo o membro (superior ou inferior) e não apenas parte deste. Por paralisia irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante da paralisia motora com qualquer tratamento.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 90 dias após a data do diagnóstico.

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

Haverá cobertura para a Doença de Parkinson devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares, sendo diagnosticadas alterações motoras, sintomas de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

XVII. Queimadura: Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície do corpo do Segurado.

O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.

b) O que não está coberto:

A cobertura de Doenças Graves – 17 tipos não cobrirá nenhuma doença grave relacionada nesta Condição Geral quando estas forem decorrentes de eventos relacionados nos itens “Riscos Excluídos" ou “Perda de Direto ao Capital Segurado” desta Condição Geral.

Também estão expressamente excluídos da Cobertura de Doenças Graves – 17 tipos, os diagnósticos a seguir:

I. Acidente Vascular Encefálico (Derrame):

- Ataque isquêmico transitório (TIA) e déficit neurológico isquêmico reversível prolongado (PRIND);
- Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos; hemorragias encefálicas pós-operatórias
- Déficits neurológicos decorrentes de hipóxia, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou procedimentos médicos;
- Achados de imagem incidentais (CT ou RNM) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVE silencioso).

II. Câncer:

- Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não-invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intra-epitelial cervical –NIC-1, NIC-2 e NIC-3).
- Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 ou estadiamento menos avançado que T2,N0,M0.
- Leucemia linfocítica (ou linfóide) crônica – LLC no estádio A de Binet.
- Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno estádio IA (T1a,N0,M0).
- Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1,N0,M0.
- Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta.
- Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial
- Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.
- Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori.
- Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010.
- Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia.
- Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia.
- Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estádio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

III. Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass):

- Angioplastia coronariana ou colocação de Stent.

IV. Infarto Agudo do Miocárdio:

- Síndrome coronariana aguda (angina estável ou instável).

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

V. Insuficiência Renal Terminal:

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

VI. Transplantes de Órgãos:

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

VII. Cirurgia da Aorta:

- Cirurgia de qualquer ramo da aorta torácica ou abdominal (incluindo enxertos de bypass aorto-femoral e aorto-ilíaco).
- Cirurgia da aorta relacionada com o doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por ex. síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers–Danlos).
- Cirurgia após lesão traumática da aorta.

VIII. Cirurgia das Valvas Cardíacas:

- Clipagem da valva mitral transcatéter.

IX. Esclerose Múltipla:

- Possível esclerose múltipla e síndromes neurológicas ou radiológicas isoladas que sejam sugestivas, mas não diagnósticas, de esclerose múltipla.
- Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas.

X. Doença de Alzheimer:

- Outras formas de demência devido a perturbações cerebrais ou sistêmicas ou devido a doenças psiquiátricas

XI. Perda Total da Audição

- Surdez de origem central (sistema nervoso central).

XII. Perda Total da Fala

- Perda da capacidade de falar psicogênica / psiquiátrica ou decorrente de lesões ou doenças no sistema nervoso central.
- Mudança de tom, na produção e na qualidade da voz (disfonia, rouquidão)
- Perdas temporárias da voz de corrente de Acidente Pessoal coberto ou doença.

XIII. Perda Total da Visão (Cegueira)

- Cegueira de origem central (sistema nervoso central).

XIV. Embolia Pulmonar ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP)

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

XV. Paralisia de Membros:

- Perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias);
- Quaisquer danos que sejam auto-infligidos;
- Paralisia provocada por Síndrome de Gullain-Barré;
- Paralisias hereditárias ou congênitas;
- Paralisias provocadas por distúrbios psiquiátricos ou psicológicos;

- Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitó**ria.**

XVI. Doença de Parkinson:

- Doença ou Mal de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos;
- Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença ou Mal de Parkinson;
- Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;
- Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo;
- Fase inicial da Doença de Parkinson.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Mesmo durante a Vigência do Seguro, a Porto Seguro não realizará o pagamento da Indenização ao Segurado ou Beneficiário, caso o Sinistro ocorra por consequência, direta ou indireta, de:

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

b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de terrorismo, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes e de guerra, declarada ou não.

c) De doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;

d) Epidemias e pandemias, desde que declaradas pelos órgãos competentes;

e) Doação intervivos;

f) Transplante intervivos, exceto nas situações passíveis de pagamento previstas na cobertura de Doenças Graves, quando contratada; e

g) Suicídio voluntário ou involuntário, premeditado ou não, ou a sua tentativa, caso ocorra dentro dos primeiros 24 meses de Vigência do Seguro, ou da solicitação de aumento de capital contratado ou ainda da sua recondução depois de suspenso.

5.1 Também ficam excluídos os Acidentes e/ou eventos decorrentes de:

a) Competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;

Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes, ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;

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

c) De quaisquer acidentes citados nas alíneas "a" e "b" do item anterior;

d) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do Segurado provier de meio de transporte mais arriscado;

e) Quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro;

f) Do Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

5.2 Estão Excluídos das Coberturas deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em consequência de Evento Coberto, decorrentes de:

a) Danos morais e estéticos: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente Apólice as indenizações por DANOS MORAIS E ESTÉTICOS, decorrentes de qualquer Evento Coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

a.1) Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando Sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética.

a.2) Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que, mesmo sem ferir ou causar estragos ao patrimônio material de uma pessoa, ofenda seus princípios e valores de ordem moral, relacionados à sua honra, seus sentimentos a sua dignidade, como também de sua família.

a.2.1) Quando proveniente de ação judicial, ficará à critério do juiz o reconhecimento da existência de tal dano, bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, que deverá ser direcionada contra o efetivo causador do dano.

b) Danos materiais: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente Apólice as indenizações por DANOS MATERIAIS, decorrentes de qualquer Evento Coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

b.1) Dano material é todo e qualquer dano que atinge diretamente o patrimônio das pessoas e pode ser configurado por uma despesa que foi gerada por uma ação ou omissão indevida de terceiros, caracterizando a necessidade de reparação material.

c) Lucros cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer Risco Coberto e indenizável.

5.3 Não se consideram Riscos Excluídos, quando a Morte ou incapacidade do segurado, provier de eventos decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5.4 Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de Risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, situação em que este perderá o direito à Cobertura do seguro, conforme disposto no artigo 768 do Código Civil.

6. CARÊNCIA

6.1 É o período durante o qual o Segurado não terá direito às Garantias deste seguro, período este que não poderá exceder metade do prazo de vigência.

6.2 Haverá carência de 30 (trinta) dias, cuja contagem será a partir do início de vigência do seguro, para a Cobertura Adicional de Assistência Funeral, exceto para os casos de acidente.

6.3 Para a Cobertura Adicional de Diária por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente os seguintes períodos de carência deverão ser observados:

a) 180 (cento e oitenta) dias de carência para eventos decorrentes de:

a.1) Lesões classificadas sob a nomenclatura de L.E.R – Lesão por Esforço Repetitivo ou 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;

a.2) Qualquer tipo de hérnia, decorrente de doença ou acidente;

a.3) Doenças de características reconhecidamente progressivas pela medicina, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, doenças reumatológicas e ósseas;

a.4) Lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias, cervicalgias e cervicobraquialgias;

a.5) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

a.6) Gastroplastia (cirurgia bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica, com Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m2 e 39,9 Kg/m2, com co-morbidades ou com IMC igual ou maior do que 40 Kg/m2, com ou sem co-morbidades.

b) 60 (sessenta) dias para eventos decorrentes de doença, exceto as previstas na alínea "a" deste item, cujo prazo de Carência será de 180 dias.

6.3.1 Não há Carência para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais.

6.3.2 Quando for solicitado aumento de Capital Segurado para esta Cobertura, haverá novo cumprimento de Carência exclusivamente à parte aumentada, cuja contagem inicia-se a partir do Início de Vigência do endosso ao seguro, devendo ser observado o que segue:

a) 180 (cento e oitenta) dias para eventos previstos na alínea "a", do item 6.2;

b) 60 (sessenta) dias para eventos decorrentes de doença, conforme previsto na alínea "b", do item 6.2;

6.4 Para as Coberturas de Doenças Graves – 6 tipos, Doenças Graves – 10 tipos e Doenças Graves - 17 tipos, os seguintes períodos de carência deverão ser observados:

6.4.1 Haverá carência de 90 (noventa) dias, para a cobertura de Doenças Graves – 6 tipos, cuja contagem será a partir do início de vigência do seguro.

6.4.2 Haverá carência de 180 (cento e oitenta dias) para o diagnóstico de Esclerose Múltipla e de 90 (noventa) dias para as demais doenças ou procedimentos da cobertura de Doenças Graves – 10 tipos e Doenças Graves - 17 tipos, cuja contagem será a partir do início de vigência do seguro.

6.4.3 Quando for solicitado aumento de Capital Segurado para as coberturas de Doenças Graves – 6 tipos, Doenças Graves – 10 tipos ou Doenças Graves - 17 tipos, haverá novo cumprimento de Carência, exclusivamente à parte aumentada, cuja contagem inicia-se a partir do Início de Vigência do endosso ao seguro.

6.5 As Carências mencionadas no item 6.2, 6.3 e 6.4 não se aplicam quando houver Renovação do seguro.

7. CONTRATAÇÃO E CONDIÇÃO DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

7.1 Considera-se contratado o seguro quando a Proposta de Contratação, contendo os elementos mínimos essenciais ao exame da Aceitação de Risco, devidamente preenchida e assinada pelo Proponente, for aceita pela Porto Seguro, momento em que esta emite a respectiva apólice de seguro.

7.1.1 Considera-se parte integrante da Proposta de Contratação, a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade.

7.2 Condições de Aceitação de Segurados

Para que haja a Aceitação dos Proponentes por parte da Porto Seguro será necessário o preenchimento obrigatório de todos os campos da Proposta, a cada contratação, sempre observando os limites de idade entre 16 (dezesseis) e 70 (setenta) anos para o ingresso, e as boas condições de saúde.

7.2.1 Para contratação das Coberturas adicionais de Doenças Graves - 6 tipos, Doenças Graves - 10 tipos ou Doenças Graves - 17 tipos o Segurado deverá ter idade máxima de 64 (sessenta e quatro) anos.

7.2.2 Para contratação da Cobertura adicional de Diárias por Incapacidade Temporária o Segurado deverá ter idade mínima de 18 (dezoito) anos.

7.2.3 Os Proponentes menores por ocasião do preenchimento da Proposta de Contratação serão representados ou assistidos pelos pais, tutores ou Curadores, observada a legislação vigente.

7.2.4 A Aceitação ocorrerá no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação pela Porto Seguro. Caso seja solicitado algum documento ou exame complementar, esse prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação na Porto Seguro. A solicitação de documentos complementares para análise da Aceitação do Risco ou da Aceitação da Proposta de Contratação poderá ser feita apenas uma vez durante o referido prazo.

7.2.5 A Porto Seguro fornecerá ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta de Contratação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

7.2.6 A inexistência de manifestação expressa da Porto Seguro dentro daquele prazo implicará na Aceitação automática do seguro.

7.2.7 A Aceitação do Proponente no seguro será caracterizada pela emissão da apólice, em seu nome, com a indicação das Coberturas contratadas, do início e término de vigência, do período de Cobertura e das demais condições pertinentes ao seu seguro.

7.2.8 A não Aceitação da Proposta de Contratação será comunicada obrigatoriamente ao Proponente por escrito, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados do protocolo de recebimento na Porto Seguro, justificando o motivo da recusa.

7.2.8.1 Em caso de recusa do Risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento deverá ser devolvido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Proponente, integralmente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a contar da recusa, sendo que em caso de mora da Porto Seguro será computado, além da correção monetária, juros de mora de 6% ao ano "pro rata tempore" correspondente ao número de dias decorridos a partir do 11º dia, incluindo este. Nesta situação, o proponente terá cobertura entre a data de recebimento do prêmio e a recusa formal da Porto Seguro.

7.3 A contratação e Aceitação do seguro por parte da Porto Seguro está sujeita à análise do Risco de cada Proponente.

8. VIGÊNCIA, INÍCIO DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1 Este seguro é por prazo determinado e terá vigência de 1 (um) ano, tendo a Porto Seguro a faculdade de não renovar a apólice no término da respectiva vigência, sem a devolução dos Prêmio pagos, nos termos da Legislação e desta Condição geral.

8.2 Início de Vigência

O início e término de Vigência do Seguro serão as 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na Proposta de Contratação e na Apólice.

8.2.1 Nos casos de recebimento da Proposta de Contratação **com** adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio, o Início de Vigência da Apólice será a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia da recepção da Proposta de Contratação pela Porto Seguro, ficando condicionada à compensação, caso o adiantamento de valor ocorra através de cheque e, desde que a proposta seja aceita conforme item 6.2.3.

8.2.2 Nos casos de recebimento da Proposta de Contratação **sem** adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio, o Início de Vigência da Apólice será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de Aceitação da Proposta de Contratação pela Porto Seguro, ou em data posterior, desde que expressamente determinada na Proposta de Contratação.

8.3 Renovação do Seguro

8.3.1 A Renovação poderá ocorrer de forma automática uma única vez, nos termos da Lei.

8.3.2 As renovações do seguro, a partir da segunda, deverão ser feitas de forma expressa, servindo-se o Segurado de meio que demonstre sua vontade em renovar o Seguro.

8.3.3 A apólice será renovada, nos termos descritos nos itens acima, independente da idade do segurado.

8.3.4 Em cada Renovação será emitida uma apólice, com a respectiva vigência, pela Porto Seguro, observado o disposto no item 8.3.2.

8.3.5 Este Seguro não poderá ser renovado caso a Porto Seguro tenha suspendido a sua comercialização e/ou o produto tenha sido arquivado perante SUSEP, desde que seja dada ciência ao Segurado, até 30 (trinta) dias antes de seu vencimento.

8.3.6 A não renovação do seguro deverá ser comunicada, pela Porto Seguro ou pelo Segurado, pelo menos 30 (trinta) dias antes do término da respectiva vigência.

8.3.7 Caso o valor do Capital Segurado atinja o Limite Técnico que a Porto Seguro assumiu como de sua responsabilidade, o Seguro poderá não ser renovado.

Para efeito de pagamento de Sinistro, na hipótese do Capital Segurado exceder o Limite Técnico da Porto Seguro, o Segurado não será penalizado.

8.4 Não haverá renovação da cobertura de Doenças Graves – 6 tipos, Doenças Graves – 10 tipos ou Doenças Graves - 17 tipos, se na data da renovação da apólice, o segurado tiver 70 (setenta) anos, completados no decorrer da última vigência.

8.5 Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a Vigência do Seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência, se esta não for renovada.

9. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

9.1 O pagamento dos Prêmios é de responsabilidade do Segurado.

9.2 O pagamento dos Prêmios será efetuado conforme opção indicada na Proposta de Contratação.

9.3 O pagamento da primeira parcela do Prêmio será de acordo com a opção do Segurado, mencionada na Proposta de Contratação.

Os Prêmios relativos às demais parcelas serão pagos conforme opção feita na Proposta de Contratação, até a data do vencimento do respectivo documento de cobrança.

9.4 O Prêmio correspondente a cada Segurado será fixado com base no respectivo Capital Segurado contratado e de acordo com a taxa do seguro, para a idade do segurado, estabelecida na Nota Técnica Atuarial do plano.

9.5 O pagamento do Prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de Cobertura a que o pagamento se refere.

9.6 Para garantir o direito à Cobertura, o Prêmio deverá ser pago até a data de vencimento, quando a data limite para pagamento dos Prêmios coincidirem com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do Prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil posterior ao vencimento em que houver expediente bancário.

9.7 Os Prêmios em atraso serão acrescidos de juros de mora de 6% (seis por cento) ao ano, calculados com base no período compreendido entre a data limite para pagamento e a data do efetivo pagamento.

10. PERÍODO DE TOLERÂNCIA E REABILITAÇÃO DA COBERTURA DO SEGURO

10.1. Quando o Prêmio do Seguro não for quitado até a data estabelecida para o pagamento, as Coberturas do Seguro permanecerão cobertas pelo período de tolerância de 90 (noventa) dias, nos termos da cláusula Formas de Pagamento do Capital Segurado desta Condição Geral.

10.2 Durante este período, haverá Cobertura para eventuais Sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do Prêmio devido, ficando facultado a Porto Seguro realizar a cobrança de juros descritos no item 9.7.

10.3 Transcorrido o prazo de Tolerância, o seguro será cancelado sem que seja devido ao Segurado ou a seus Beneficiários a percepção proporcional de qualquer Indenização ou Prêmios pagos.

10.4 A qualquer momento antes do término do prazo de Tolerância, o Segurado poderá reabilitar as Coberturas de seguro, efetuando o pagamento dos Prêmios em atraso, acrescidos de juros conforme estabelecido no item 9.7.

10.4.1 A reabilitação do seguro se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado retomar o pagamento do Prêmio.

11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

11.1 Os Capitais Segurados, bem como os Prêmios deste Seguro, serão atualizados anualmente, no aniversário da apólice, com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), acumulada nos últimos 12 (doze) meses que antecedem o 4º (quarto) mês anterior ao aniversário do seguro.

11.1.1 No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores definido no item anterior, a Porto Seguro adotará os procedimentos determinados pela legislação pertinente ou pelos órgãos públicos competentes.

11.2 Quando a periodicidade de pagamento do Prêmio for anual, os capitais segurados deverão ser atualizados pelo índice pactuado no item 11.1, desde a data da última atualização do Prêmio.

12. REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE

12.1 O Prêmio mensal estipulado na data de Início de Vigência do Seguro será aquele estabelecido na Proposta de Contratação, sujeito as alterações decorrentes da mudança de idade de cada Segurado.

12.2 O Prêmio sofrerá acréscimo, anualmente, em decorrência da mudança de idade do Segurado e consequente aumento de Risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do seguro, na forma da lei.

12.3 O Prêmio mensal será reajustado considerando o percentual da nova idade do Segurado imediatamente no mês em que ocorrer a Renovação do seguro, conforme tabela a seguir:

Reenquadramento Tarifário % Anual						
Idade	**Morte**	**Morte + IPA**	**Morte + MA + IPA em Dobro**	**Morte + MA + IPA**	**Morte + IPA + AED**	**Morte + MA + IPA +AED**
Até 25	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26	4,84%	3,66%	1,97%	2,27%	3,88%	2,59%
27	4,62%	3,53%	1,94%	2,22%	3,73%	2,52%
28	2,94%	2,27%	1,27%	1,45%	2,40%	1,64%
29	4,29%	3,33%	1,88%	2,14%	3,51%	2,42%
30	4,11%	3,23%	1,84%	2,10%	3,39%	2,37%
31	3,95%	3,13%	1,81%	2,05%	3,28%	2,31%
32	2,53%	2,02%	1,18%	1,34%	2,12%	1,51%
33	3,70%	2,97%	1,75%	1,99%	3,11%	2,22%
34	4,76%	3,85%	2,30%	2,60%	4,02%	2,90%
35	4,55%	3,70%	2,25%	2,53%	3,87%	2,82%
36	5,43%	4,46%	2,75%	3,09%	4,66%	3,43%
37	6,19%	5,13%	3,21%	3,59%	5,34%	3,98%
38	7,77%	6,50%	4,15%	4,62%	6,76%	5,10%
39	9,91%	8,40%	5,47%	6,08%	8,70%	6,67%
40	9,84%	8,45%	5,66%	6,25%	8,73%	6,82%
41	11,19%	9,74%	6,70%	7,35%	10,04%	7,99%
42	12,08%	10,65%	7,53%	8,22%	10,95%	8,87%
43	13,17%	11,76%	8,56%	9,28%	12,06%	9,96%
44	12,70%	11,48%	8,60%	9,27%	11,74%	9,88%
45	12,68%	11,59%	8,91%	9,54%	11,82%	10,12%
46	12,08%	11,15%	8,79%	9,35%	11,36%	9,87%
47	11,90%	11,07%	8,91%	9,44%	11,25%	9,91%

48	10,96%	10,28%	8,44%	8,89%	10,43%	9,30%
49	10,48%	9,89%	8,25%	8,66%	10,02%	9,02%
50	10,03%	9,51%	8,06%	8,43%	9,63%	8,75%
51	9,11%	8,69%	7,46%	7,77%	8,78%	8,05%
52	8,58%	8,21%	7,13%	7,41%	8,29%	7,65%
53	8,11%	7,78%	6,83%	7,08%	7,86%	7,29%
54	7,50%	7,22%	6,39%	6,61%	7,28%	6,80%
55	7,16%	6,91%	6,16%	6,36%	6,96%	6,53%
56	7,01%	6,79%	6,10%	6,28%	6,84%	6,43%
57	6,71%	6,51%	5,88%	6,05%	6,55%	6,19%
58	6,58%	6,39%	5,81%	5,97%	6,43%	6,10%
59	6,72%	6,54%	5,98%	6,13%	6,58%	6,26%
60	7,20%	7,02%	6,45%	6,60%	7,06%	6,73%
61	7,67%	7,49%	6,93%	7,08%	7,53%	7,21%
62	8,46%	8,28%	7,69%	7,85%	8,32%	7,98%
63	9,14%	8,95%	8,36%	8,52%	9,00%	8,66%
64	9,69%	9,51%	8,93%	9,09%	9,55%	9,22%
65	11,67%	11,47%	10,83%	11,01%	11,51%	11,15%
66	11,95%	11,76%	11,17%	11,34%	11,81%	11,47%
67	12,15%	11,98%	11,44%	11,59%	12,02%	11,72%
68	12,26%	12,11%	11,62%	11,75%	12,14%	11,87%
69	12,27%	12,14%	11,69%	11,82%	12,17%	11,92%
70	12,21%	12,10%	11,70%	11,81%	12,12%	11,90%

12.4 Após o Segurado completar 71 (setenta e um) anos de idade, o percentual de reajuste será fixado em 9% (nove por cento) ao ano para as coberturas de Morte e Antecipação Especial por Doença.

12.5 O prêmio mensal da Cobertura de Doenças Graves – 6 tipos, Doenças Graves – 10 tipos ou Doenças Graves - 17 tipos, será reajustado considerando o percentual da nova idade do Segurado imediatamente no mês em que ocorrer a Renovação do seguro, conforme tabelas a seguir:

Reenquadramento Tarifário % Anual						
Idade	**DOENÇAS GRAVES - 6 tipos**		**DOENÇAS GRAVES - 10 tipos**		**DOENÇAS GRAVES - 17 tipos**	
	Masculino	**Feminino**	**Masculino**	**Feminino**	**Masculino**	**Feminino**
18	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
19	0,00%	0,00%	5,53%	5,54%	3,74%	3,62%
20	0,00%	0,00%	5,28%	5,25%	5,04%	4,88%
21	0,00%	0,00%	4,98%	4,99%	3,61%	4,64%
22	0,00%	0,00%	4,78%	4,78%	4,63%	4,40%
23	0,00%	0,00%	4,53%	4,54%	3,16%	4,29%
24	0,00%	0,00%	4,36%	4,34%	4,36%	4,22%
25	0,00%	0,00%	4,15%	4,16%	3,00%	3,87%
26	5,58%	7,67%	9,77%	11,91%	6,08%	7,15%
27	5,83%	7,15%	9,81%	11,13%	5,87%	7,68%
28	8,48%	17,80%	12,22%	21,27%	6,40%	12,92%
29	8,93%	15,28%	12,50%	18,65%	7,82%	12,34%
30	9,35%	13,36%	12,76%	16,62%	7,37%	11,76%
31	9,78%	11,90%	9,67%	11,56%	5,98%	8,46%
32	10,11%	10,75%	9,97%	10,48%	6,17%	8,23%
33	9,84%	8,03%	9,72%	7,89%	5,77%	5,93%

34	9,75%	7,51%	9,66%	7,40%	6,19%	6,12%
35	9,39%	7,10%	9,33%	7,02%	6,42%	5,74%
36	8,60%	6,61%	8,68%	6,57%	12,05%	8,93%
37	7,89%	6,26%	8,01%	6,25%	11,01%	8,75%
38	13,54%	5,81%	14,01%	6,18%	13,35%	8,67%
39	12,02%	5,58%	12,67%	6,10%	12,38%	7,63%
40	10,91%	5,32%	11,68%	5,98%	11,44%	7,99%
41	10,30%	5,35%	8,88%	3,96%	11,81%	7,95%
42	9,93%	6,08%	8,51%	4,71%	10,16%	7,55%
43	8,82%	10,32%	7,43%	8,69%	9,06%	9,61%
44	9,06%	9,51%	7,55%	7,84%	8,48%	8,54%
45	9,23%	8,68%	7,56%	6,95%	8,33%	7,90%
46	9,48%	7,98%	7,60%	6,15%	7,87%	7,09%
47	9,68%	7,41%	7,58%	5,46%	7,50%	6,46%
48	14,81%	8,82%	12,01%	6,57%	9,72%	6,90%
49	13,74%	8,57%	10,91%	6,21%	8,80%	6,42%
50	12,83%	8,57%	10,01%	6,12%	8,24%	6,24%
51	12,02%	8,77%	12,65%	9,57%	9,64%	8,32%
52	11,24%	8,95%	11,94%	9,76%	9,72%	8,71%
53	11,33%	6,72%	12,06%	7,70%	9,52%	7,39%
54	10,47%	6,88%	11,27%	7,85%	9,11%	7,44%
55	9,59%	6,67%	10,43%	7,61%	8,61%	7,12%
56	8,65%	6,13%	9,50%	7,05%	9,43%	8,27%
57	7,85%	5,49%	8,71%	6,38%	8,69%	7,60%
58	12,14%	8,31%	12,65%	8,91%	10,96%	8,87%
59	10,92%	7,65%	11,47%	8,22%	9,96%	8,30%
60	10,06%	7,35%	10,62%	7,89%	9,40%	7,81%
61	9,55%	7,38%	9,97%	7,75%	6,68%	5,20%
62	9,09%	7,53%	9,48%	7,85%	6,58%	5,38%
63	10,60%	6,40%	10,96%	6,91%	7,71%	4,91%
64	9,86%	6,55%	10,76%	7,82%	7,75%	5,50%
65	9,12%	6,42%	10,91%	9,06%	8,00%	6,35%
66	8,38%	6,02%	11,25%	10,45%	8,48%	7,35%
67	7,71%	5,53%	11,77%	11,94%	9,04%	8,64%
68	6,17%	5,97%	11,41%	13,99%	9,00%	10,27%
69	5,94%	5,70%	11,63%	14,29%	9,32%	10,77%

12.6 O prêmio mensal da Cobertura adicional de Diária por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente será reajustado considerando o percentual da nova idade do Segurado imediatamente no mês em que ocorrer a Renovação do seguro, conforme tabelas a seguir:

Reenquadramento Tarifário Anual Diárias até R$100,00				
Idade	**Masculino Grupo A**	**Masculino Grupo B**	**Feminino Grupo A**	**Feminino Grupo B**
Até 25	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26	10,69%	11,29%	8,20%	8,93%
27	9,66%	10,15%	7,59%	8,20%
28	1,16%	1,41%	0,07%	0,40%
29	1,15%	1,39%	0,06%	0,39%
30	1,13%	1,38%	0,06%	0,39%
31	1,12%	1,36%	0,06%	0,39%
32	1,13%	1,36%	0,09%	0,40%

33	2,56%	1,96%	5,19%	4,40%
34	2,56%	1,96%	5,19%	4,40%
35	2,56%	1,96%	5,19%	4,40%
36	2,56%	1,96%	5,19%	4,40%
37	2,56%	1,96%	5,19%	4,40%
38	3,04%	2,40%	5,45%	4,79%
39	3,04%	2,40%	5,45%	4,79%
40	3,04%	2,40%	5,45%	4,79%
41	3,04%	2,40%	5,45%	4,79%
42	3,04%	2,40%	5,45%	4,79%
43	0,42%	0,35%	0,65%	0,59%
44	0,42%	0,35%	0,65%	0,59%
45	0,42%	0,35%	0,65%	0,59%
46	0,42%	0,35%	0,65%	0,59%
47	0,42%	0,35%	0,65%	0,59%
48	2,90%	2,61%	3,86%	3,61%
49	2,90%	2,61%	3,86%	3,61%
50	2,90%	2,61%	3,86%	3,61%
51	2,90%	2,61%	3,86%	3,61%
52	2,90%	2,61%	3,86%	3,61%
53	2,04%	1,92%	2,42%	2,33%
54	2,04%	1,92%	2,42%	2,33%
55	2,04%	1,92%	2,42%	2,33%
56	2,04%	1,92%	2,42%	2,33%
57	2,04%	1,92%	2,42%	2,33%
58	6,27%	6,19%	6,50%	6,45%
59	6,27%	6,19%	6,50%	6,45%
60	6,27%	6,19%	6,50%	6,45%
61	6,27%	6,19%	6,50%	6,45%
62	6,27%	6,19%	6,50%	6,45%
63	6,27%	6,19%	6,50%	6,45%
64	9,00%	9,00%	9,00%	9,00%
65	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
66	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
67	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
68	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
69	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
70	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%

Reenquadramento Tarifário Anual Diárias de R$ 100,01 a R$ 150,00				
Idade	**Masculino Grupo A**	**Masculino Grupo B**	**Feminino Grupo A**	**Feminino Grupo B**
Até 25	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26	10,84%	11,43%	8,37%	9,10%
27	9,78%	10,26%	7,74%	8,34%
28	1,23%	1,47%	0,15%	0,47%
29	1,21%	1,45%	0,15%	0,47%
30	1,20%	1,43%	0,15%	0,47%
31	1,18%	1,41%	0,15%	0,47%

32	1,17%	1,41%	0,15%	0,48%
33	2,41%	1,83%	4,99%	4,21%
34	2,41%	1,83%	4,99%	4,21%
35	2,41%	1,83%	4,99%	4,21%
36	2,41%	1,83%	4,99%	4,21%
37	2,41%	1,83%	4,99%	4,21%
38	2,88%	2,25%	5,29%	4,62%
39	2,88%	2,25%	5,29%	4,62%
40	2,88%	2,25%	5,29%	4,62%
41	2,88%	2,25%	5,29%	4,62%
42	2,88%	2,25%	5,29%	4,62%
43	0,40%	0,33%	0,63%	0,57%
44	0,40%	0,33%	0,63%	0,57%
45	0,40%	0,33%	0,63%	0,57%
46	0,40%	0,33%	0,63%	0,57%
47	0,40%	0,33%	0,63%	0,57%
48	2,83%	2,54%	3,80%	3,55%
49	2,83%	2,54%	3,80%	3,55%
50	2,83%	2,54%	3,80%	3,55%
51	2,83%	2,54%	3,80%	3,55%
52	2,83%	2,54%	3,80%	3,55%
53	2,01%	1,89%	2,40%	2,31%
54	2,01%	1,89%	2,40%	2,31%
55	2,01%	1,89%	2,40%	2,31%
56	2,01%	1,89%	2,40%	2,31%
57	2,01%	1,89%	2,40%	2,31%
58	6,25%	6,18%	6,49%	6,43%
59	6,25%	6,18%	6,49%	6,43%
60	6,25%	6,18%	6,49%	6,43%
61	6,25%	6,18%	6,49%	6,43%
62	6,25%	6,18%	6,49%	6,43%
63	6,25%	6,18%	6,49%	6,43%
64	9,00%	9,00%	9,00%	9,00%
65	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
66	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
67	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
68	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
69	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
70	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%

Reenquadramento Tarifário Anual Diárias de R$ 150,01 a R$ 200,00				
Idade	**Masculino Grupo A**	**Masculino Grupo B**	**Feminino Grupo A**	**Feminino Grupo B**
Até 25	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26	11,07%	11,64%	8,65%	9,36%
27	9,97%	10,43%	7,97%	8,57%
28	1,32%	1,56%	0,27%	0,59%
29	1,30%	1,53%	0,27%	0,59%
30	1,29%	1,51%	0,27%	0,59%

31	1,27%	1,49%	0,27%	0,58%
32	1,27%	1,47%	0,26%	0,59%
33	2,18%	1,62%	4,69%	3,93%
34	2,18%	1,62%	4,69%	3,93%
35	2,18%	1,62%	4,69%	3,93%
36	2,18%	1,62%	4,69%	3,93%
37	2,18%	1,62%	4,69%	3,93%
38	2,64%	2,02%	5,04%	4,37%
39	2,64%	2,02%	5,04%	4,37%
40	2,64%	2,02%	5,04%	4,37%
41	2,64%	2,02%	5,04%	4,37%
42	2,64%	2,02%	5,04%	4,37%
43	0,38%	0,31%	0,61%	0,55%
44	0,38%	0,31%	0,61%	0,55%
45	0,38%	0,31%	0,61%	0,55%
46	0,38%	0,31%	0,61%	0,55%
47	0,38%	0,31%	0,61%	0,55%
48	2,72%	2,43%	3,71%	3,45%
49	2,72%	2,43%	3,71%	3,45%
50	18,13%	23,68%	13,30%	8,63%
51	2,72%	2,43%	3,71%	3,45%
52	2,72%	2,43%	3,71%	3,45%
53	1,97%	1,85%	2,37%	2,27%
54	1,97%	1,85%	2,37%	2,27%
55	1,97%	1,85%	2,37%	2,27%
56	1,97%	1,85%	2,37%	2,27%
57	1,97%	1,85%	2,37%	2,27%
58	6,22%	6,15%	6,47%	6,41%
59	6,22%	6,15%	6,47%	6,41%
60	6,22%	6,15%	6,47%	6,41%
61	6,22%	6,15%	6,47%	6,41%
62	6,22%	6,15%	6,47%	6,41%
63	6,22%	6,15%	6,47%	6,41%
64	9,00%	9,00%	9,00%	9,00%
65	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
66	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
67	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
68	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
69	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
70	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%

Reenquadramento Tarifário Anual Diárias de R$ 200,01 a R$ 250,00				
Idade	**Masculino Grupo A**	**Masculino Grupo B**	**Feminino Grupo A**	**Feminino Grupo B**
Até 25	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26	11,26%	11,82%	8,89%	9,60%
27	10,13%	10,57%	8,17%	8,76%
28	1,40%	1,63%	0,38%	0,70%

29	1,38%	1,60%	0,38%	0,69%
30	1,37%	1,58%	0,38%	0,68%
31	1,35%	1,55%	0,38%	0,68%
32	1,33%	1,54%	0,38%	0,68%
33	1,99%	1,45%	4,43%	3,68%
34	1,99%	1,45%	4,43%	3,68%
35	1,99%	1,45%	4,43%	3,68%
36	1,99%	1,45%	4,43%	3,68%
37	1,99%	1,45%	4,43%	3,68%
38	2,43%	1,82%	4,82%	4,14%
39	2,43%	1,82%	4,82%	4,14%
40	2,43%	1,82%	4,82%	4,14%
41	2,43%	1,82%	4,82%	4,14%
42	2,43%	1,82%	4,82%	4,14%
43	0,35%	0,29%	0,59%	0,53%
44	0,35%	0,29%	0,59%	0,53%
45	0,35%	0,29%	0,59%	0,53%
46	0,35%	0,29%	0,59%	0,53%
47	0,35%	0,29%	0,59%	0,53%
48	2,62%	2,33%	3,63%	3,36%
49	2,62%	2,33%	3,63%	3,36%
50	18,02%	23,57%	13,21%	8,53%
51	2,62%	2,33%	3,63%	3,36%
52	2,62%	2,33%	3,63%	3,36%
53	1,93%	1,80%	2,33%	2,23%
54	1,93%	1,80%	2,33%	2,23%
55	1,93%	1,80%	2,33%	2,23%
56	1,93%	1,80%	2,33%	2,23%
57	1,93%	1,80%	2,33%	2,23%
58	6,20%	6,12%	6,45%	6,39%
59	6,20%	6,12%	6,45%	6,39%
60	6,20%	6,12%	6,45%	6,39%
61	6,20%	6,12%	6,45%	6,39%
62	6,20%	6,12%	6,45%	6,39%
63	6,20%	6,12%	6,45%	6,39%
64	9,00%	9,00%	9,00%	9,00%
65	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
66	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
67	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
68	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
69	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
70	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%

Reenquadramento Tarifário Anual Diárias de R$ 250,01 a R$ 300,00				
Idade	**Masculino Grupo A**	**Masculino Grupo B**	**Feminino Grupo A**	**Feminino Grupo B**
Até 25	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26	12,39%	12,83%	10,38%	11,01%

27	11,03%	11,37%	9,41%	9,92%
28	1,86%	2,04%	1,03%	1,30%
29	1,83%	2,00%	1,02%	1,28%
30	1,80%	1,96%	1,01%	1,26%
31	1,77%	1,92%	1,00%	1,25%
32	1,74%	1,89%	1,00%	1,24%
33	0,89%	0,48%	2,88%	2,25%
34	0,89%	0,48%	2,88%	2,25%
35	0,89%	0,48%	2,88%	2,25%
36	0,89%	0,48%	2,88%	2,25%
37	0,89%	0,48%	2,88%	2,25%
38	1,15%	0,63%	3,36%	2,71%
39	1,15%	0,63%	3,36%	2,71%
40	1,15%	0,63%	3,36%	2,71%
41	1,15%	0,63%	3,36%	2,71%
42	1,15%	0,63%	3,36%	2,71%
43	0,21%	0,15%	0,45%	0,38%
44	0,21%	0,15%	0,45%	0,38%
45	0,21%	0,15%	0,45%	0,38%
46	0,21%	0,15%	0,45%	0,38%
47	0,21%	0,15%	0,45%	0,38%
48	2,00%	1,72%	3,04%	2,75%
49	2,00%	1,72%	3,04%	2,75%
50	17,30%	22,83%	18,49%	7,89%
51	2,00%	1,72%	3,04%	2,75%
52	2,00%	1,72%	3,04%	2,75%
53	1,66%	1,53%	2,10%	1,98%
54	1,66%	1,53%	2,10%	1,98%
55	1,66%	1,53%	2,10%	1,98%
56	1,66%	1,53%	2,10%	1,98%
57	1,66%	1,53%	2,10%	1,98%
58	6,03%	5,95%	6,31%	6,23%
59	6,03%	5,95%	6,31%	6,23%
60	6,03%	5,95%	6,31%	6,23%
61	6,03%	5,95%	6,31%	6,23%
62	6,03%	5,95%	6,31%	6,23%
63	6,03%	5,95%	6,31%	6,23%
64	9,00%	9,00%	9,00%	9,00%
65	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
66	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
67	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
68	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
69	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
70	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%

-
-

Reenquadramento Tarifário Anual Diárias de R$ 300,01 a R$ 350,00				
Idade	**Masculino Grupo A**	**Masculino Grupo B**	**Feminino Grupo A**	**Feminino Grupo B**
Até 25	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

26	12,89%	13,26%	11,09%	11,66%
27	11,42%	11,71%	9,99%	10,44%
28	2,06%	2,21%	1,33%	1,57%
29	2,02%	2,16%	1,32%	1,54%
30	1,98%	2,11%	1,30%	1,52%
31	1,94%	2,07%	1,28%	1,50%
32	1,91%	2,03%	1,27%	1,48%
33	0,42%	0,07%	2,16%	1,40%
34	0,42%	0,07%	2,16%	1,40%
35	0,42%	0,07%	2,16%	1,40%
36	0,42%	0,07%	2,16%	1,40%
37	0,42%	0,07%	2,16%	2,42%
38	0,56%	0,09%	2,61%	1,99%
39	0,56%	0,09%	2,61%	1,99%
40	0,56%	0,09%	2,61%	1,99%
41	0,56%	0,09%	2,61%	1,99%
42	0,56%	0,09%	2,61%	1,99%
43	0,14%	0,09%	0,37%	0,31%
44	0,14%	0,09%	0,37%	0,31%
45	0,14%	0,09%	0,37%	0,31%
46	0,14%	0,09%	0,37%	0,31%
47	0,14%	0,09%	0,37%	0,31%
48	1,68%	1,42%	2,71%	2,42%
49	1,68%	1,42%	2,71%	2,42%
50	16,93%	22,47%	18,11%	7,54%
51	1,68%	1,42%	2,71%	2,42%
52	1,68%	1,42%	2,71%	2,42%
53	1,52%	1,40%	1,96%	1,84%
54	1,52%	1,40%	1,96%	1,84%
55	1,52%	1,40%	1,96%	1,84%
56	1,52%	1,40%	1,96%	1,84%
57	1,52%	1,40%	1,96%	1,84%
58	5,94%	5,86%	6,22%	6,14%
59	5,94%	5,86%	6,22%	6,14%
60	5,94%	5,86%	6,22%	6,14%
61	5,94%	5,86%	6,22%	6,14%
62	5,94%	5,86%	6,22%	6,14%
63	5,94%	5,86%	6,22%	6,14%
64	9,00%	9,00%	9,00%	9,00%
65	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
66	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
67	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
68	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
69	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
70	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%

-
-

Reenquadramento Tarifário Anual Diárias de R$ 350,01 a R$ 600,00				
Idade	**Masculino Grupo A**	**Masculino Grupo B**	**Feminino Grupo A**	**Feminino Grupo B**

Até 25	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26	12,68%	13,08%	10,79%	11,38%
27	11,25%	11,57%	9,74%	10,22%
28	1,98%	2,14%	1,21%	1,45%
29	1,94%	2,09%	1,19%	1,43%
30	1,90%	2,05%	1,18%	1,41%
31	1,87%	2,01%	1,16%	1,39%
32	1,84%	1,97%	1,15%	1,38%
33	0,62%	0,24%	2,46%	1,87%
34	0,62%	0,24%	2,46%	1,87%
35	0,62%	0,24%	2,46%	1,87%
36	0,62%	0,24%	2,46%	1,87%
37	0,62%	0,24%	2,46%	1,87%
38	0,81%	0,32%	2,94%	2,30%
39	0,81%	0,32%	2,94%	2,30%
40	0,81%	0,32%	2,94%	2,30%
41	0,81%	0,32%	2,94%	2,30%
42	0,81%	0,32%	2,94%	2,30%
43	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
44	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
45	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
46	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
47	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
48	1,82%	1,55%	2,85%	2,56%
49	1,82%	1,55%	2,85%	2,56%
50	17,09%	22,62%	18,28%	7,69%
51	1,82%	1,55%	2,85%	2,56%
52	1,82%	1,55%	2,85%	2,56%
53	1,58%	1,46%	2,02%	1,90%
54	1,58%	1,46%	2,02%	1,90%
55	1,58%	1,46%	2,02%	1,90%
56	1,58%	1,46%	2,02%	1,90%
57	1,58%	1,46%	2,02%	1,90%
58	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
59	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
60	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
61	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
62	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
63	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
64	9,00%	9,00%	9,00%	9,00%
65	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
66	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
67	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
68	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
69	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
70	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%

-
-

Reenquadramento Tarifário Anual
Diárias de R$ 600,01 a R$ 1300,00

Idade	Masculino Grupo A	Masculino Grupo B	Feminino Grupo A	Feminino Grupo B
Até 25	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26	12,68%	13,15%	10,79%	11,38%
27	11,25%	11,70%	9,74%	10,22%
28	1,98%	2,11%	1,21%	1,45%
29	1,97%	2,11%	1,19%	1,43%
30	1,97%	2,11%	1,18%	1,41%
31	1,97%	2,11%	1,16%	1,39%
32	1,97%	2,11%	1,15%	1,38%
33	0,44%	0,09%	2,46%	1,87%
34	0,46%	0,09%	2,46%	1,87%
35	0,62%	0,09%	2,46%	1,87%
36	0,62%	0,23%	2,46%	1,87%
37	0,62%	0,24%	2,46%	1,87%
38	0,81%	0,32%	2,94%	2,30%
39	0,81%	0,32%	2,94%	2,30%
40	0,81%	0,32%	2,94%	2,30%
41	0,81%	0,32%	2,94%	2,30%
42	0,81%	0,32%	2,93%	2,30%
43	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
44	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
45	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
46	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
47	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
48	1,82%	1,55%	2,85%	2,56%
49	1,82%	1,55%	2,85%	2,56%
50	17,09%	22,62%	18,28%	7,69%
51	1,82%	1,55%	2,85%	2,56%
52	1,82%	1,55%	2,85%	2,56%
53	1,58%	1,46%	2,02%	1,90%
54	1,58%	1,46%	2,02%	1,90%
55	1,58%	1,46%	2,02%	1,90%
56	1,58%	1,46%	2,02%	1,90%
57	1,58%	1,45%	2,02%	1,90%
58	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
59	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
60	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
61	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
62	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
63	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
64	9,00%	9,00%	9,00%	9,00%
65	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
66	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
67	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
68	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
69	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
70	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%

-

-

12.6.1 Após o Segurado completar 70 (setenta) anos de idade, o percentual de reajuste será fixado em 5% (cinco por cento) ao ano sobre o valor do Prêmio correspondente exclusivamente à referida Cobertura

12.7 O prêmio mensal da Cobertura adicional de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente não sofrerá reajuste em decorrência da mudança de idade do Segurado.

12.8 Os Prêmios do seguro sofrerão alteração, anualmente, pela atualização monetária e pela alteração da idade do Segurado.

13. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

13.1 Qualquer alteração neste contrato somente terá validade se for feita por meio de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a Aceitação do seguro.

13.2 Caberá ao Segurado solicitar a Porto Seguro, por escrito e em comum acordo, o aumento do Capital Segurado, que se submeterá novamente às regras de análise e Aceitação do Risco.

14. MODIFICAÇÕES DE RISCO

Quaisquer alterações ocorridas durante a vigência da apólice que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza dos Riscos Cobertos deverão ser comunicadas à Porto Seguro para que se façam os devidos ajustes.

14.1 Consideram-se alterações de risco, entre outras, as seguintes ocorrências:

a) Mudança de profissão do Segurado;

b) Mudança de residência do Segurado para outro país;

c) Prática de esportes (profissional ou amador) tais como (mas não se limitando a estes): balonismo, asa-delta, voo-livre, paraquedismo, hipismo, mergulho com equipamentos de ar comprimido, esqui-aquático e na neve, motociclismo, automobilismo, boxe, lutas-livres, artes marciais e demais esportes considerados de alto Risco;

d) O hábito de fumar.

14.2 O Segurado está obrigado a comunicar à Porto Seguro, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o Risco Coberto, sob pena de perder direito à Cobertura, caso fique comprovado que silenciou por Má-Fé.

14.2.1 Tal comunicação será submetida novamente à análise de Aceitação do Risco.

14.2.2 Poderá a Porto Seguro, dentro dos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do Risco, dar ciência, por escrito, da decisão de cancelar a Cobertura contratada ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.

14.3 O Cancelamento do seguro em razão da situação descrita no subitem anterior só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao Segurado, devendo ser restituída a diferença do Prêmio calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

14.4 A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento de Risco implicará na perda ao direito do Capital Segurado contratado, conforme previsto no artigo 769 do Código Civil que dispõe sobre o dever do Segurado comunicar à Porto Seguro todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o Risco.

14.5 Doenças desenvolvidas e/ou descobertas após início da vigência do seguro não será motivo de nova análise de risco e, portanto, não há necessidade de serem comunicadas à Porto Seguro.

15. CANCELAMENTO DO CONTRATO DE SEGURO

15.1 Caso não seja efetuado o pagamento dos Prêmios depois de decorrido o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da primeira inadimplência, o seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos,

direitos ou obrigações, não cabendo qualquer restituição de Prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

15.1.1 Nesse caso, a Porto Seguro poderá reter o Prêmio recebido e os emolumentos, proporcional ao tempo decorrido.

15.1.2 Todavia, transcorrido o período de tolerância sem pagamento dos Prêmios, o seguro será cancelado por motivo de inadimplência, nos termos do item 14.1, ficando a Porto Seguro isenta de qualquer responsabilidade quanto aos eventuais Sinistros ocorridos a partir de então.

15.2 O presente Seguro se extingue com o pagamento da Cobertura por Morte, Morte Acidental ou da Cobertura por Antecipação Especial por Doença do Segurado.

15.3 A Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente se extingue com o pagamento da Cobertura pela Invalidez Total do Segurado.

15.4 Fica cancelada a Cobertura adicional de Diárias por Incapacidade Temporária, quando contratada, a partir da data em que o Segurado estiver total e permanentemente inválido, devidamente comprovado por laudo médico, deixando de ser cobrado, a partir de então, o Prêmio relativo a tal Cobertura.

15.5 A cobertura de Doenças Graves se extingue com o pagamento do Capital Segurado referente ao diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nestas Condições Gerais.

15.6 Extingue-se ainda o seguro

15.6.1 Sem restituição dos Prêmios:

a) No final do prazo de vigência, se este não for renovado;

b) Por mútuo consentimento das partes contratantes.

15.6.2 Com restituição dos Prêmios:

a) Por solicitação do segurado, com parcelas futuras pagas.

Neste caso, os valores devidos a título de devolução do prêmio sujeitam-se à atualização monetária pelo IPCA/IBGE a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento do seguro pelo segurado. Caso não ocorra a devolução do prêmio no prazo máximo de 10 dias corridos a contar destas datas, implicará na aplicação de juros de mora de 6% ao ano, a partir do 11º dia, sem prejuízo da sua atualização.

15.7 Fica ainda a Porto Seguro isenta de qualquer responsabilidade e o contrato automaticamente cancelado, se o Segurado, seus Prepostos ou Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação, bem como qualquer conduta que tenha por fim a obtenção de vantagem indevida quando da contratação do seguro, durante o período de vigência e na liquidação de eventual Sinistro.

16. PERDA DO DIREITO AO CAPITAL SEGURADO

16.1 O Segurado perderá o direito ao Capital Segurado quando:

a) Agravar intencionalmente o Risco;

b) O Segurado, seu Representante ou seu Corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na Aceitação da Proposta de Contratação ou no valor do Prêmio. Neste caso, ficarão obrigados ao pagamento do Prêmio vencido;

c) Praticar fraude ou tentativa de fraude com o intuito de simular Sinistro ou agravar suas consequências; e

d) Na inobservância do item 13 Modificações de Risco desta Condição Geral, por parte do Segurado.

16.2 Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de Má-Fé do Segurado, a Porto Seguro poderá:

a) Na hipótese de não ocorrência de Sinistro:

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

II. Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a Cobertura contratada.

b) Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

I. Cancelar o seguro, após pagamento do Capital Segurado, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

II. Permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a Cobertura contratada para Riscos futuros.

c) Na hipótese de ocorrência do Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado:

I. O seguro será cancelado, após o pagamento deste valor, deduzindo do valor do Capital Segurado a diferença de Prêmio cabível.

17. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

Cabe exclusivamente ao Segurado nomear, excluir ou substituir seus Beneficiários, por meio de documento escrito.

17.1 O Segurado poderá substituir seus Beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso prévio e escrito a Porto Seguro, sendo certo que nenhuma alteração de Beneficiários terá validade se tais regras não forem observadas.

17.1.1 Se a Porto Seguro não for informada oportunamente da substituição de Beneficiários, desobrigar-se-á, pagando o Capital Segurado aos antigos Beneficiários designados.

17.1.2 Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a Cobertura de alguma obrigação, é lícita a substituição do Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

17.2 Quando for designado mais de um Beneficiário, o Segurado deverá indicar o percentual da Indenização destinado a cada um deles. Na ausência de distribuição, o pagamento da Indenização será realizado de forma proporcional ao número de Beneficiários.

17.3 Caso um ou mais Beneficiários venham a falecer antes do Segurado, o Capital Segurado será redistribuído entre os remanescentes em partes proporcionais, observando o percentual indicado de participação de cada um.

17.4 Na falta de indicação do Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a 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 de sucessores legítimos, observada a legislação vigente.

17.4.1 Na falta das pessoas indicadas no item anterior, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

17.5 É válida a instituição do Companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

17.6 No caso das Coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Invalidez por Acidente Majorada, Diárias por Incapacidade Temporária, Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas e Doenças Graves, o próprio Segurado será o Beneficiário.

18. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

18.1 O Segurado ou seus Beneficiários deverão comunicar a ocorrência do Sinistro imediatamente à Porto Seguro, por meio do formulário “Aviso de Sinistro”, carta registrada ou telegrama para avaliação do pagamento do Capital Segurado, conforme Coberturas contratadas.

18.1.1 Quando o Sinistro for comunicado por carta ou telegrama, deverá constar data, hora, local e causa do Sinistro, situação esta que não exonera o Segurado, seu Representante ou seus Beneficiários, da obrigação de apresentar o formulário "Aviso de Sinistro".

18.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado para cada Cobertura, quando da liquidação dos Sinistros:

a) Morte - a data do falecimento do Segurado.
b) Morte Acidental - a data do Acidente.
c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - a data do Acidente.
d) Invalidez Permanente por Acidente Majorada - a data do Acidente.
e) Antecipação Especial por Doença - data da declaração médica do diagnóstico.
f) Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas - a data do Acidente.
g) Diárias por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente- data da declaração médica do diagnóstico da incapacidade.
h) Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente - a data do Acidente.
i) Assistência Funeral - a data do falecimento do Segurado.
j) Doenças Graves – 6 tipos - data da declaração médica do diagnóstico.
k) Doenças Graves – 10 tipos - data da declaração médica do diagnóstico.
l) Doenças Graves - 17 tipos - data da declaração médica do diagnóstico.

18.3 Fica estabelecido que os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

18.4 O Aviso de Sinistro deverá ser acompanhado, conforme a natureza do evento, dos documentos básicos adiante relacionados.

18.4.1 Em Caso de Morte do Segurado Principal:

a) Aviso de Sinistro preenchido pelo Beneficiário;
b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente do falecido, com firma reconhecida;
c) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
d) Certidão de casamento (com data atualizada, ou seja, extraída após o óbito) + RG e CPF
e) Declaração de únicos herdeiros, com reconhecimento de firma dos declarantes;
f) Certidão de nascimento (se menor), RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s) (cópia simples). Em se tratando de Beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessário cópia simples do CPF;
g) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento.
h) Formulário de Registro de Informações Cadastrais pessoa física para atender a circular 445/2012 em nome de cada beneficiário;

18.4 2 Em caso de Morte Acidental do Segurado Principal:

a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo Beneficiário;
b) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
c) Certidão de casamento (com data atualizada, ou seja, extraída após o óbito), RG, CPF;
i) Declaração de únicos herdeiros, com reconhecimento de firma dos declarantes;
d) Certidão de Nascimento (se menor), RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s) (cópia simples). Em se tratando de Beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessária cópia simples do CPF;
e) Boletim de Ocorrência Policial (cópia autenticada);
f) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;
g) Carteira Nacional de Habilitação do falecido se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo (cópia simples).
h) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento.
i) Formulário de Registro de Informações Cadastrais pessoa física para atender a circular 445/2012 em nome de cada beneficiário;

18.4.3 Em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

a) Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado;

b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente, com firma reconhecida;
c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples).
d) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso (cópia simples).
e) Atestado de Alta Médica definitiva, informando as Sequelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membros lesados, inclusive o percentual (original);
f) Resultados de todos os exames realizados pelo Segurado em que sejam demonstradas as lesões de origem traumática;
g) Boletim de Ocorrência Policial se for o caso (cópia simples).
h) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo;
i) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento.
j) Formulário de Registro de Informações Cadastrais pessoa física para atender a circular 445/2012 em nome do segurado;

18.4.4 Em Caso de Antecipação Especial por Doença (AED):

a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Segurado;
b) Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível;
c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples).
d) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento.
e) Formulário de Registro de Informações Cadastrais pessoa física para atender a circular 445/2012 em nome do segurado;

18.4.4 Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:

a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Segurado;
b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente, com firma reconhecida;
c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples).
d) Originais de todos os comprovantes de despesas médicas e hospitalares;
e) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso (cópia simples).
f) Boletim de Ocorrência Policial se for o caso (cópia simples).
g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quanto se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo (cópia simples).
h) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento.
i) Formulário de Registro de Informações Cadastrais pessoa física para atender a circular 445/2012 em nome do segurado;

18.4.5.1 A comprovação das Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do Médico Assistente, discriminando o tratamento realizado e o material utilizado.

18.4.6 Assistência Funeral

18.4.6.1 Pedido de Serviço de Assistência:

Caso a opção dos familiares não seja pelo reembolso, mas sim pela utilização do serviço de assistência, estes poderão telefonar a cobrar para a Central de Atendimento, fornecendo os seguintes dados:

a) Nome do Segurado e nº da apólice correspondente;
b) O local e o número do telefone onde o Serviço de Assistência poderá encontrar os familiares ou representantes do Falecido; e
c) Os documentos necessários para comprovar a vínculo familiar.

18.4.6.1.1 Se a ligação "a cobrar" não for possível, as despesas de comunicações com a Central de Atendimento serão reembolsadas mediante apresentação dos comprovantes originais dos gastos telefônicos.

18.4.6.1.2 Os familiares deverão cooperar com o Serviço de Assistência a fim de possibilitar a prestação dos serviços. Caso o Serviço de Assistência necessite do envio de documentos complementares para o cumprimento de eventuais formalidades, referidas despesas serão custeadas pela prestadora.

18.4.6.2 Pedido de Reembolso

Em caso de falecimento do Segurado, o pedido de reembolso deverá ser requerido diretamente à Porto Seguro, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

a) Nota(s) fiscal(is) original(is), correspondente (s) aos gastos relativos ao funeral constando o discriminativo dos serviços prestados;
b) Cópias simples do CPF e RG do custeador e do Segurado;
c) Cópia autenticada da certidão de óbito do Falecido; e
d) Em caso de óbito do familiar, apresentar a comprovação do vínculo familiar (certidão de casamento).
e) Autorização para crédito em conta corrente informando dados de própria titularidade, no caso de eventual pagamento em nome do custeador das despesas;
f) Formulário de Registro de Informações Cadastrais pessoa física para atender a circular 445/2012 em nome do custeador das despesas.

18.4.6.2.1 O reembolso das despesas será único e limitado ao valor contratado, conforme indicado na Apólice, desde que estejam devidamente comprovadas.

18.4.7 Em caso de Diária por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente e Diária por Incapacidade Temporária por Acidente:

a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Segurado;
b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente, com firma reconhecida;
c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples)
d) Exames Complementares realizados a data do evento;
e) Em casos de intervenção cirúrgica, cópia do resumo de alta médica hospitalar;
f) Tratando-se de acidente de trabalho, cópia do Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho-CAT, para comprovação do acidente (cópia simples);
g) Tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, cópia do Boletim de Ocorrência (cópia simples);
h) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quanto se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo (cópia simples).
i) Ficha médica hospitalar de atendimento emergencial (cópia simples).
j) Autorização para crédito em conta corrente informando dados de própria titularidade, no caso de eventual pagamento;
k) Formulário de Registro de Informações Cadastrais pessoa física para atender a circular 445/2012 em nome do segurado;

18.4.7.1 Para efeito de prova da **Incapacidade Temporária**, a Porto Seguro poderá exigir a realização de auditoria médica e/ou perícia médica, a apresentação de atestado médico ou documentos emitidos pela Previdência Social.

18.4.7.2 Todas as despesas efetuadas para a comprovação da incapacidade, relativas aos documentos mencionados no subitem anterior, correrão por conta do Segurado ou seu Representante Legal, incluindo as consultas médicas para preenchimento de atestados de incapacidade.

18.4.8 Em Caso de Doenças Graves – 6 tipos, Doenças Graves – 10 tipos ou Doenças Graves - 17 tipos

a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Segurado;
b) Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, e que confirmem o quadro clínico;
c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples);
d) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento;
e) Formulário de Registro de Informações Cadastrais pessoa física para atender a circular 445/2012 em nome do segurado.

18.5 Para todas as Coberturas contratadas, os documentos pessoais deverão ser apresentados em cópias simples, exceto o Aviso de Sinistro e os comprovantes de despesas, os quais deverão ser apresentados em via original, e os documentos médicos (relatórios e exames), que poderão ser apresentados em via original ou cópia autenticada.

18.5.1 Caso o Segurado tenha companheira(o) reconhecida(o) no órgão previdenciário, deverá ser enviado o respectivo documento que comprove tal vínculo marital, e/ou Escritura Pública de Declaração informando quanto tempo o companheiro(a) conviveu maritalmente com o Segurado e se essa união perdurou até o falecimento deste.

18.6 Após a entrega de toda documentação básica exigida pela Porto Seguro, o prazo máximo para a liquidação do Sinistro será de 30 (trinta) dias.

18.7 As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a Porto Seguro, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar documentos complementares para análise e elucidação do Sinistro. Quando isso correr, o prazo para liquidação de que trata o subitem anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

18.8 A constatação da Cobertura de Invalidez Permanente, conforme definida no subitem 4.6, se fará por laudo subscrito por profissional habilitado na especialização da lesão e, se necessário, por perícia a ser realizada na esfera administrativa ou judicial.

18.9 A constatação da Cobertura de Antecipação Especial por Doença, se fará por laudo subscrito por profissional habilitado na especialização da lesão e, se necessário, por perícia a ser realizada na esfera administrativa ou judicial.

18.10 Junta Médica

18.10.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como dúvida quanto ao correto enquadramento do Risco Coberto, a Porto Seguro proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica

18.10.2 A junta médica será constituída por 3 (três) profissionais habilitados na sua especialização, sendo um nomeado pela Porto Seguro, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Porto Seguro.

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

18.11 Nos casos de Cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução serão de responsabilidade da Porto Seguro.

19. FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

19.1 O Capital Segurado será em moeda corrente nacional.

19.2 É permitido ao Proponente contratar mais de um seguro, complementar ao primeiro, desde que a soma dos Capitais Segurados de todos os seguros contratados não exceda ao limite máximo determinado pela Porto Seguro.

19.3 Para recebimento do Capital Segurado deverá ser comprovada a ocorrência do Sinistro avisado, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultada à Porto Seguro quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos relatados no Aviso de Sinistro.

19.4 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Porto Seguro.

19.5 O Capital Segurado da Cobertura de Morte e Morte Acidental poderá ser pago de forma integral, já a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente poderá ser paga de forma integral ou proporcional, dependendo do grau da lesão apurada, conforme tabela para cômputo de invalidez prevista no item 4.6 desta condição geral.

19.6 O pagamento da Assistência Funeral não obriga a Porto Seguro a garantir o pagamento das demais Coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

19.7 Os pagamentos das coberturas de Diária por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente e Diária por Incapacidade Temporária por Acidente serão pagas conforme segue:

19.7.1 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Porto Seguro, mediante a apresentação de relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo Segurado a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao Médico Assistente.

19.7.2 Nos casos em que o período de Incapacidade Temporária não superar 30 (trinta) dias, a Porto Seguro providenciará um único pagamento, no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do 10º (décimo) ou 7º (sétimo) dia, de acordo com a franquia contratada, da data do início de afastamento de suas atividades profissionais, já considerando o período de Franquia previsto no item 3.1 até a alta médica ou a utilização do Limite de Diárias estabelecidas nesta Condição Geral.

19.7.3 A Porto Seguro efetuará o pagamento das diárias na qual o Segurado tenha direito, de acordo com a Incapacidade Temporária, desde que assim justificadas por relatório médico, Auditoria Médica e, se necessário, exames complementares.

19.7.4 Em caso de morte do Segurado cessará o direito ao pagamento das diárias por Incapacidade Temporária, sendo que as diárias relativas ao período em que o Segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais serão pagas aos seus herdeiros nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

19.7.5 Nos casos de múltiplas lesões, consequentes do mesmo Sinistro, a Porto Seguro 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.

19.7.6 A cessação do pagamento das diárias por Incapacidade Temporária ocorrerá:

a) Na data da alta médica, devendo o Segurado apresentar o respectivo comprovante firmado pelo Médico Assistente; ou,

b) Com a utilização do Limite de Diárias, devendo o Segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, firmado pelo Médico Assistente.

19.7.7 Não será permitido o acúmulo de diárias quando houver mais de um evento que dê causa a Incapacidade Temporária durante um mesmo período.

19.7.8 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder o limite máximo de diárias, de acordo com o evento, conforme estabelecido nesta Condição Geral.

19.7.9 Nos casos em que o Segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de Renovação da apólice (a Renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de diárias por Incapacidade Temporária que faltarem para completar o limite máximo de diárias, de acordo com o evento, conforme estabelecido nesta Condição Geral.

19.7.10 Nos casos em que o afastamento seja decorrente de um novo evento, o Limite de Diárias será o da nova vigência da apólice, ou seja, de acordo com o evento.

19.8 Se o pagamento do Capital Segurado ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do Sinistro, contados da entrega das documentações constantes no item 'Ocorrência de Sinistro' desta Condição Geral, aplicar-se-á, desde a data do evento, correção monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado anteriormente à data de sua efetiva liquidação, mais juros de mora de 6% (seis por cento) ao ano.

20. EMBARGOS E SANÇÕES

20.1. Fica entendido e acordado que respeitando-se todo o conteúdo das Condições Gerais, Condições Especiais, Coberturas Adicionais, Cláusulas Específicas e Cláusulas Particulares do presente contrato de seguro, ficam estabelecidos critérios e procedimentos em relação a situações de suspensão de cobertura no pagamento de

indenizações ou restituições devidas pela Seguradora nas quais o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) ou país (es), estiver(em) inserido(s) em listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate à lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) às sanções previstas na legislação Brasileira ou Internacional, conforme descrito nas listas de embargos e sanções, não se limitando a estas:

a) Organização das Nações Unidas - ONU: https://nacoesunidas.org/conheca/
b) Reino Unido e União Europeia: https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/
c) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/
d) Gafi – Grupo de Ação Financeira contra Lavagem de Dinheiro e financiamento de Terrorismo: http://www.fazenda.gov.br/assuntos/prevencao-lavagem-dinheiro/alertas-pld-ft

-

20.1.1. As listas acima poderão sofrer atualizações de acordo com seus Órgãos Reguladores.

20.2. Havendo, em meio a vigência da apólice, a inclusão do segurado, de seus beneficiários de indenização ou país(es), nas listas de embargos e Sanções, as coberturas deste seguro, bem como quaisquer indenizações estarão suspensas pelo período em que o segurado, seus beneficiários ou país (es), estiverem incluídos em Listas de Sanções e embargos, desde às 24 horas do dia da inclusão até às 24horas do dia da exclusão ou eventual solução judicial.

-

20.3. Ratificam-se os demais Termos, Cláusulas e Condições não modificados por esta Cláusula.

21. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS

O Segurado se obriga a declarar na Proposta de Contratação, no ato da contratação ou quando solicitar o aumento do Capital Segurado, a existência de quaisquer outros seguros de vida que contemplem coberturas que garantam o reembolso de despesas.

22. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

21.1 O seguro dará Cobertura por todo o Globo Terrestre.

23. DO FORO

As questões judiciais, entre Segurado ou Beneficiário e a Porto Seguro, serão processadas no Foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

24. DISPOSIÇÕES FINAIS

23.1 A Aceitação do seguro estará sujeita à análise do Risco.

23.2 Este seguro é por prazo determinado tendo a Porto Seguro a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da apólice.

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

23.4 Não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado.

23.5 O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número do seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

23.6 Os tributos decorrentes do presente Contrato de Seguro serão pagos por quem a Lei determinar.