

## CONDIÇÕES ESPECIAIS/PARTICULARES

### CECICUIDA – SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

#### 1) Descritivo das Coberturas

**Morte Acidental (MA):** garante aos beneficiários do Segurado o pagamento de indenização adicional correspondente ao valor de 100% (cem por cento) do capital segurado de Morte, na constatação da morte do Segurado em consequência de um acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro e coberto nos termos da Apólice.

**Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** Garante ao Segurado o pagamento de uma indenização relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um membro ou de um órgão, em decorrência de lesão física, causada por um acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro e coberto nos termos da Apólice, até 100% (cem por cento) do capital segurado de Morte, observada a tabela para cálculo de percentuais de indenização.

**Funeral Individual (AFI):** Garante ao segurado a prestação de serviços em território nacional, acionada através da Central de Atendimento 24 horas, relacionadas ao velório e sepultamento. Inclui também o **serviço de traslado nacional e internacional**, limitado ao valor de **R\$ 10.000,00**. Caso a prestação do serviço não possa ser executada, será realizado o **reembolso de despesas diretamente relacionadas ao velório e sepultamento do segurado**.

**Diagnósticos de Doenças Graves Opção III (DDG):** O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado ou ao beneficiário indicados, quando for o caso, decorrentes de uma das doenças graves, nas opções do plano contratado, diagnosticada durante a vigência da apólice, em conformidade as disposições das condições gerais e condições especiais.

#### Doenças cobertas neste Plano:

- Câncer;
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- Insuficiência Coronariana ou Infarto Agudo do Miocárdio
- Transplante de órgãos; (na qualidade de receptor, dos seguintes órgãos: Coração, fígado, pulmões, rim; pâncreas e medula óssea)
- Alzheimer
- Insuficiência Renal Crônica
- Surdez Total
- Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (By-pass)
- Diagnóstico de Cegueira Legal
- Embolia Pulmonar ou Tromboembolismo Pulmonar
- Esclerose Múltipla
- Paralisia de membros
- Doença de Parkinson

**Carência para DDG:** 90 (noventa) dias do início do risco individual.

**Franquia para DDG:** 30 (trinta) dias do diagnóstico.

**Despesas Médicas, Hospitalares E Odontológicas (DMHO):** Tem por objetivo, garantir o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

**Diárias por Internação Hospitalar (DIH e DIH-UTI):** Esta cobertura tem por objetivo garantir, até o limite do Capital Segurado contratado, o pagamento de uma importância em dinheiro ao Segurado, principal ou dependente, em caso de hospitalização decorrente de Doença ou Acidente coberto, incluindo internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em situações críticas de saúde. O benefício visa auxiliar na cobertura de despesas médicas, tratamentos ou outras necessidades decorrentes da internação, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais disposições das Condições Contratuais.

**Carência para DIH e DIH-UTI:** 90 (noventa) dias do início do risco individual. Não se aplica carência para internações decorrentes de acidente.

**Franquia para DIH e DIH-UTI:** 02 (dois) dias.

Em caso de hospitalização do Segurado que envolva, no mesmo evento, períodos em internação hospitalar comum e em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) – independentemente da ordem em que ocorram –, será aplicada apenas uma única franquia, por evento coberto. Os valores das diárias a serem pagos deverão observar o tipo de internação (hospitalar comum ou UTI) correspondente a cada período, conforme estabelecido nas Condições Contratuais e respeitando os limites do Capital Segurado.

Em caso de ocorrência simultânea ou sucessiva de **DIH e DIH-UTI**, independentemente da ordem em que forem acionadas, deverão ser respeitados os limites máximos de diárias estabelecidos para cada cobertura, sendo que o valor total das indenizações pagas não poderá, em hipótese alguma, ultrapassar o limite máximo de **R\$ 42.000,00**.

**Auxílio Cirurgia (AC):** Estão cobertos os tratamentos cirúrgicos necessários ou de urgência, realizados em hospital, com internação por período mínimo de 24 (vinte e quatro) horas, decorrentes de doença ou acidente pessoal atestado pelo médico assistente do Segurado. A cobertura garantida pelo seguro não contempla cirurgias decorrentes de doenças preexistentes ou estéticas. Será devido por uma única vez o capital contratado ao Segurado, **mediante a realização da cirurgia**, independentemente do número de procedimentos a que vier ser submetido, decorrentes do evento causador da internação hospitalar.

**Carência para AC:** 90 (noventa) dias do início do risco individual. Não se aplica carência para tratamentos cirúrgicos decorrentes de acidente.

## 2) Descritivo dos Serviços:

### 2.1) PROGRAMA TEM SAÚDE

Rede **TEM Familiar** (titular, cônjuge e filhos até 21 anos, limitado a 5 pessoas).

- Rede TEM de consultas médicas presencial com desconto,
- Rede TEM de consultas médicas via telemedicina com desconto,

- Rede TEM de exames laboratoriais com desconto,
- Rede TEM de odontologia com desconto,
- Rede TEM de saúde complementar com desconto (psicologia, nutrição, fisioterapia etc.)
- Desconto em medicamentos (a partir de 15% para medicamentos de marca tarjados e a partir 30% genéricos tarjados, em mais de 6.000 unidades em todo o Brasil, bastando informar o CPF no balcão).

**2.2) TELEMEDICINA FAMILIAR:** Assistência que oferece o atendimento médico, por clínico geral, em consultas, via telemedicina por vídeo chamada, tendo a possibilidade de: prescrições medicamentosas, solicitação de exames, atestados médicos de acordo com a conduta do médico atendente. Atendimento de consulta realizado pela rede TEM, na especialidade de clínica geral, por meio de plataforma online, ou por link de acesso online. Caso indicado pelo Clínico Geral, o paciente será direcionado para agendamento de consulta com especialista sem custo. Principais especialidades:

- Cardiologia,
- Clínico Geral
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Geriatria
- Ginecologia
- Imunologista
- Obstetrícia
- Mastologia
- Médico da família
- Nefrologia
- Neurologia
- Oftalmologia
- Ortopedia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Psiquiatria
- Reumatologia
- Urologia
- Psicologia
- Nutrição

As consultas eletivas podem ocorrer:

- ✓ na hora (**pronto-atendimento**),
- ✓ ou agendando para o horário mais apropriado, via central de atendimento, app.

Serviço estendido ao cônjuge do segurado titular e filhos dependentes do mesmo.

### **2.3) Programa TEM VIDA LEVE**

Este programa oferece atendimento com nutricionistas, preparadores físicos e psicólogos, combinados com conteúdo sobre bem-estar e qualidade de vida para garantir hábitos saudáveis aos usuários.

Serviços do Programa TEM Viva Leve:

### Programa de Hábitos Saudáveis

O programa oferece atendimento com nutricionistas, preparadores físicos e psicólogos, com cardápios e treinos personalizados, através de 1 consulta on line por mês.

Itens inclusos:

- . Processo de boas-vindas, para apresentar o programa e realizar a anamnese;
- . Contato mensal por mensagem de WhatsApp para acompanhamento;

### Monitoramento facial da saúde + Bem-estar digital

Esse programa monitora os sinais vitais por meio de escaneamento facial, armazena e analisa os dados através de algoritmo. Alertas de acionamento da Central de Especialistas e Saúde da Família para acionamento em casos de emergência.

- . Indicadores monitorados:
- . Variação de frequência cardíaca
- . Nível de oxigênio (saturação)
- . Pressão Arterial
- . Nível de estresse
- . Índice de saúde geral

Mais de 5.000 conteúdos em formato de e-book e vídeo sobre alimentação saudável, treinos, aulas de ioga, receitas saudáveis, meditação e muitos outros temas relacionados ao bem-estar. Solução ainda oferece Rede de Academias no modelo pay-per-use, recursos para monitorar a quantidade de água ingerida, um diário de humor do usuário.

### Programa de Saúde Mental

Através de questionários sobre hábitos do usuário realiza a classificação da saúde mental e indica protocolos de acordo com os riscos mapeados de ansiedade, depressão, burnout, entre outros. Programa inclui 2 atendimentos mensais com psicólogo, no modelo terapia, o paciente é atendido sempre pelo mesmo profissional.

Itens inclusos:

- . Processo de boas-vindas, para apresentar o programa e realizar a anamnese;
- . Contato mensal por mensagem de WhatsApp para acompanhamento;
- . Telemedicina Pronto Atendimento para avaliação de emergência;

## **3) Planos**

## Individual – Pessoa Física;

### 4) Capitais e Custos Mensais

Coberturas		Capital Segurado – R\$
Morte Acidental – MA		100.000,00
Invalidez Permanente Total ou Parc. Por Acidente – até 100%		100.000,00
Despesas Médico Hospitalares/Odontológicos 10% limitado à		10.000,00
	<b>Límite de diárias</b>	
Diárias de Internação Hospitalar - R\$ 700,00	60	42.000,00
Diárias de Internação Hospitalar UTI - R\$ 1.400,00	30	
O Capital Segurado para a cobertura de Diárias de Internação é <b>único</b> , sendo aplicado de forma <b>global</b> às internações hospitalares e às internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).		
Auxílio Cirurgia		30.000,00
Doença Graves – III		20.000,00
Funeral Individual – Decessos – até - Translado Nacional/Internacional		7.000,00 10.000,00
Telemedicina Familiar		'-x-
Tem Saude Descontos em Medicamentos		'-x-
Vida Leve (combo)		'-x-
<b>Custo Mensal</b>		<b>R\$ 159,00</b>

### 5) Outras Condições:

**5.1)** Poderão ser aceitos os proponentes que estejam em plena atividade laboral e em perfeitas condições de saúde, que não apresentem doenças preexistentes e que tenham idade de **14 (quatorze) até 65 (sessenta e cinco)** anos na data de sua aceitação no seguro. A aceitação será avaliada mediante a análise da Proposta de Adesão com Declaração Pessoal de Saúde (DPS) Simplificada.

### 6 - Vigência e Renovação da apólice

**6.1.** O prazo de vigência da apólice é de **1 (um) ano**, com início a partir das 24:00 (vinte e quatro) horas da data informada na proposta de contratação.

**6.2.** A primeira renovação se dará de forma automática, **salvo manifestação contrária do Segurado ou Seguradora em até 60 (sessenta) dias antes do final de vigência**. As renovações posteriores se darão de forma expressa.

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

### 7. Aviso de Sinistro

Os sinistros ocorridos deverão ser informados pelas **beneficiários, ou segurado**, à **allseg seguradora S/A**, por escrito, imediatamente quando do seu conhecimento, por carta, e-mail ou telegrama e posteriormente deverá ser encaminhada a documentação para regulação e liquidação.

**Obs.: A relação de documentos necessários para a liquidação de sinistros encontra-se nas Condições Gerais, que faz parte integrante da apólice.**

## **8. Beneficiários**

**8.1. O Segurado principal deverá indicar na proposta de adesão, pessoa(s) física(s) perfeitamente identificável(is), a favor da(s) qual(is) será pago o capital segurado, na eventualidade da ocorrência de evento coberto;**

**8.1.1. Na falta de indicação de beneficiários ou se porventura não puder ser aplicada a que for realizada, os beneficiários ficam designados de conformidade com o Código Civil Brasileiro;**

**8.1.1.1. Para o Segurado casado ou que tenha união conjugal estável, na ocorrência de um evento coberto pelas condições contratuais pactuadas, a indenização será feita por metade ao cônjuge e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecido à ordem da vocação hereditária.**

**8.1.2. Equiparam-se às esposas as companheiras dos Segurados, desde que reconhecidas pela Previdência Social como beneficiárias e/ou junto ao Ministério da Fazenda como dependentes, comprovada a união estável;**

**8.1.3. Para o Segurado solteiro ou viúvo, que não viva em união estável, a indenização será integralmente destinada aos seus herdeiros, conforme legislação aplicável;**

**8.1.4. Finalmente, na falta das pessoas indicadas acima, serão beneficiárias as pessoas que provarem em juízo que a morte dos respectivos Segurados principais as privou de meios necessários e indispensáveis à própria subsistência;**

**8.2. A qualquer tempo, o Segurado principal poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolizada na allseg seguradora S/A.**

## **CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA**

### **1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 1.10), proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, conforme estabelecido no item 11 “Capital Segurado” das Condições Gerais, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Proposta de Adesão.

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

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

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

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

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

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

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

perda total.

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

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

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

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

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

**TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL CAUSADA POR ACIDENTE**

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

<b>INVALIDEZ PERMANENTE</b>	<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% SOBRE O CAPITAL SEGURADO</b>
<b>PARCIAL (DIVERSAS)</b>	Perda total da visão de em olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total e incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total e 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
<b>PARCIAL (MEMBROS SUPERIORES)</b>	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos radio-ulnais	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos e um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a 1/3 (um terço) do valor do respectivo dedo.	---	
<b>INVALIDEZ PERMANENTE</b>	<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% SOBRE O CAPITAL SEGURADO</b>

<b>PARCIAL (MEMBROS INFERIORES)</b>	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés (perda de todos os dedos e uma parte do mesmo pé)	25
	Amputação do primeiro dedo - polegar	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do primeiro dedo: Indenização equivalente a ½ (metade), e dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) do respectivo dedo.	---
	Encurtamento de um dos membros inferiores: <ul style="list-style-type: none"> <li>• de 5 (cinco) centímetros ou mais</li> <li>• de 4 (quatro) centímetros</li> <li>• de 3 (três) centímetros</li> <li>• menos de 3 (três) centímetros</li> </ul>	15 10 06 Sem Indenização
<b>PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA</b>		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		

<b>INVALIDEZ PERMANENTE</b>	<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% SOBRE O CAPITAL SEGURADO</b>
<b>MANDÍBULA</b>	<b>Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:</b>	
	Em grau mínimo	10
	Em grau médio	20
<b>NARIZ</b>	Em grau máximo	30
	Perda total do nariz	25
	Perda total do olfato	07
<b>APARELHO VISUAL</b>	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	<b>Lesões das Vias Lacrimais:</b>	
	Unilateral	07
	Unilateral com fístulas	15

	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	<b>Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris</b>	
	Ectrópio unilateral	03
	Ectrópio bilateral	06
	Entrópio unilateral	07
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Má oclusão palpebral bilateral	06
	Ptose palpebral unilateral	05
	Ptose palpebral bilateral	10
<b>APARELHO DA FONAÇÃO</b>	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total da língua	50
	Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento) - mais de 50% (cinquenta por cento)	15 30
<b>SISTEMA AUDITIVO</b>	Perda total de uma orelha	08
	Perda total das duas orelhas	16
<b>ANQUILOSES</b>	Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinquenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	-
<b>PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS MEMBROS</b>	A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	-
	Perda do Baço	15

<b>INVALIDEZ PERMANENTE</b>	<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% SOBRE O CAPITAL SEGURADO</b>
<b>APARELHO URINÁRIO</b>	Retenção Crônica de Urina (Sondagens Obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência Urinária Permanente	30
	Perda de um rim:	
	Função renal preservada	15
	Redução em grau mínimo da função renal	25
	Redução em grau médio da função renal	50
<b>APARELHO GENITAL E REPRODUTOR</b>	Insuficiência renal	75
	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um Ovário	05
	Perda de dois Ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
Perda do útero depois da menopausa	10	
<b>PAREDE ABDOMINAL</b>	Hérnia traumática	10
	No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática	sem indenização
<b>SINDROMES PSIQUIÁTRICAS</b>	Síndrome pós-concussional	10
	Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02

<b>PESCOÇO</b>	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Paralisia de uma corda vocal	10
	Paralisia de duas cordas vocais	30
	Traqueostomia definitiva	40
<b>TORAX</b>	<b>APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total): Função respiratória preservada	15
	Redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Redução em grau médio da função respiratória	50
	Insuficiência respiratória	75
	<b>MAMAS</b>	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	<b>ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)</b>	
	Gastrectomia parcial	10
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	<b>INTESTINO DELGADO</b>	
	Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20	

<b>INVALIDEZ PERMANENTE</b>	<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% SOBRE O CAPITAL SEGURADO</b>
<b>TORAX</b>	Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
	Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
	<b>INTESTINO GROSSO</b>	
	Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
	Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
	Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
	Colectomia total	60
	Colostomia definitiva	50
	<b>RETO E ÂNUS</b>	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Extirpação da vesícula biliar	07

## 2. RISCOS EXCLUÍDOS

**Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 4.**

## “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro.

### 3. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

3.4. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto de invalidez permanente parcial, sem cobrança de Prêmio adicional.

### 4. FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

### 5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

- Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;

- Radiografias, relatórios e exames médicos recentes, que comprovem a invalidez, assinado pelo médico assistente, com a indicação do CRM e das características do grau de invalidez;
- Declaração do consulente/Segurado com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.

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

## **6. JUNTA MÉDICA**

6.1 É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a Seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

**6.2 Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.**

## **7. RATIFICAÇÃO**

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

- o o o -

## CONDIÇÕES ESPECIAIS DA DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - DMHO

### CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura garante o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, exclusivamente decorrentes de acidente pessoal coberto, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.

1.2. Consideram-se despesas médicas, hospitalares e odontológicas aquelas efetuadas pelo Segurado, para seu tratamento sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente. Estão cobertas as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares incorridas a critério médico e necessárias para o restabelecimento do Segurado, observados os critérios a seguir:

- a) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- b) Desde que preservada a livre escolha, a Seguradora pode estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

### CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões descritos no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais deste seguro, não estão abrangidas por esta cobertura as despesas decorrentes de:

- a) **Aquisição, instalação ou manutenção de aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**
- b) **Prática pelo Segurado, mesmo que por indicação médica para auxiliar na recuperação de lesões decorrentes de acidente, de fisioterapia, natação, ginástica, musculação, hidroginástica, hidroterapia, RPG (Reeducação Postural Global), Holfing e Terapia Ocupacional;**
- c) **Utilização de aparelhos tensores ou estabilizadores de material sintético;**
- d) **Danos estéticos;**
- e) **Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- f) **Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados.**

### **CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO**

- 3.1. O Capital Segurado Individual, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao Beneficiário em caso de sinistro coberto.
- 3.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 3.3. A reintegração do capital é automática após cada acidente, até o valor indenizado, não havendo a reintegração para danos causados em virtude do mesmo evento.

### **CLÁUSULA 4 – BENEFICIÁRIO**

- 4.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

### **CLÁUSULA 5 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS**

- 5.1. Em complemento ao item 15 – “Procedimentos em caso de Sinistros” das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos de identificação do Segurado sinistrado e despesas realizadas:
  - a) Documentos do Segurado: Carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número) e comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
  - b) Número de telefone para contato;
  - c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
  - d) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
  - e) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
  - f) Relatório do médico responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, atestando as características das lesões sofridas e exames médicos que estejam relacionados com as lesões/sequelas;
  - g) Comprovantes originais das despesas médicas, hospitalares e odontológicas.

### **CLÁUSULA 6 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES**

- 6.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado em consequência do respectivo evento coberto.
- 6.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices

distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

- 6.2.1. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado e limite máximo de indenização da cobertura;
- 6.2.2. Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o item 6.2.1 desta cláusula.
- 6.2.3. Se a quantia a que se refere o item 6.2.2 desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o beneficiário a responsabilidade pela diferença, se houver.
- 6.2.4. Se a quantia estabelecida no item 6.2.2 for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele item.

## **CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO**

- 7.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

- o o o -

## CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR - DIH

### 1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

1.2. O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e na Apólice do Seguro.

1.2.1. O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em 60 (sessenta) dias de Internação, consecutivas ou não, dentro do período de cada 12 (doze) meses, observada a quantidade de diárias do plano contratado.

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

### 2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Diária de Internação Hospitalar os eventos decorrentes de:

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

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

### **3. CAPITAIS SEGURADOS**

- 3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Adesão e serão especificados na Apólice do Seguro.
- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da internação.

### **4. CARÊNCIA**

- 4.1. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.
- 4.2. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.
- 4.3. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

### **5. FRANQUIA**

A cobertura de Diária por Internação Hospitalar estará sujeita ao período de franquia de 02 (dois) dias, sendo que a indenização desse período não será descontando da indenização do seguro.

## 6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

### I. Cópia Simples

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

### II. Documento Original

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

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

### I. Cópia Simples

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

### II. Cópia Autenticada

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

## 7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

- o o o -

## CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO EM UTI – DIH-UTI

### 1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

1.2. O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e na Apólice do Seguro.

1.2.1. O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em 30 (trinta) dias de Internação, consecutivas ou não, dentro do período de cada 12 (doze) meses, observada a quantidade de diárias do plano contratado.

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

### 2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos definidos no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Diária de Internação Hospitalar em UTI os eventos decorrentes de:

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

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

### **3. CAPITAIS SEGURADOS**

- 3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Adesão e serão especificados na Apólice do Seguro.
- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da internação na Unidade Intensiva de Tratamento.

### **4. CARÊNCIA**

- 4.1. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.
- 4.2. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.
- 4.3. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

### **5. FRANQUIA**

A cobertura de Diária por Internação Hospitalar estará sujeita ao período de franquia de 02 (dois) dias, sendo que a indenização desse período não será descontando da indenização do seguro.

## 6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

### I. Cópia Simples

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

### II. Documento Original

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

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

### I. Cópia Simples

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

### II. Cópia Autenticada

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

## 7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

- o o o -

## CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – DG-III

### 1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

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

#### 1.3.1. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

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

1.3.1.2. Riscos Cobertos:

1.3.1.2.1. Câncer Primário de Útero, Ovário, Mama e Trompa devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.2. Câncer Primário de Próstata e Testículo devidamente caracterizado no conceito dessa cobertura.

1.3.1.2.3. Outros Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo, desde que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

1.3.1.3. Riscos Excluídos:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- c) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência

- humana;
- d) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual; e) Qualquer neoplasia benigna;
  - e) Carcinoma microinvasivo da mama;
  - f) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
  - g) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

### **1.3.2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

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

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

#### **1.3.2.3. Riscos Excluídos:**

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

### **1.3.3. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

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

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

### **1.3.4. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS**

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

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

#### **1.3.4.3. Riscos Excluídos:**

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

### **1.3.5. ALZHEIMER**

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

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

### **1.3.6. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA**

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

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

#### **1.3.6.3. Riscos Excluídos:**

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

### **1.3.7. DIAGNÓSTICO DE SURDEZ TOTAL**

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

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

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

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

1.3.8.2. Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas com toracotomia.

#### **1.3.8.3. Riscos Excluídos:**

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

### **1.3.9. DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA LEGAL**

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

1.3.9.2. Riscos Cobertos: Diagnóstico de Cegueira devidamente comprovado com exames

específicos e laudos médicos complementares.

### **1.3.10. EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)**

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

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

#### **1.3.10.3. Riscos Excluídos:**

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

### **1.3.11. ESCLEROSE MÚLTIPLA**

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

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

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

#### **1.3.11.3. Riscos Excluídos:**

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

### **1.3.12. PARALISIA DE MEMBROS**

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

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

#### **1.3.12.3. Riscos Excluídos:**

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

### **1.3.13. DOENÇA DE PARKINSON**

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

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

#### **1.3.13.3. Riscos Excluídos:**

#### **Fase inicial da Doença de Parkinson.**

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

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

## **2. CAPITAIS SEGURADOS**

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

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

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

## **3. CARÊNCIA**

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

## **4. FRANQUIA**

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

## 5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

### I. Cópia Simples

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

### II. Documento Original

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

## 6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

- o o -

## CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL - AF

### 1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante contratação desta cobertura será garantido o reembolso das despesas realizadas ou a disponibilização dos serviços de assistência, limitado ao Capital Segurado contratado relativo a esta cobertura, para o funeral do Segurado de acordo com o plano de cobertura contratado, no caso de seu falecimento decorrente de causas naturais (doenças) ou Acidente Pessoal coberto, durante o período de vigência do seguro.

1.2 A prestação de serviços ou o pagamento de reembolso de despesas com funeral não caracteriza o direito à cobertura de Morte como risco coberto pelo seguro. A indenização da cobertura de Morte estará sujeita a análise da documentação e demais circunstâncias da ocorrência do sinistro, respeitadas as demais cláusulas Contratuais.

1.3 Nas localidades onde não esteja disponível rede credenciada com o prestador de serviço de assistência, a indenização será na forma de reembolso.

1.4 No caso da opção pelo reembolso, serão reembolsadas as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação do Segurado, de acordo com o plano de cobertura contratado, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais (cópias autenticadas) contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, exceto as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo.

**1.5 No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de assistência Funeral, não haverá qualquer direito a reembolso posterior.**

1.6 No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de assistência Funeral, os serviços a seguir especificados serão prestados exclusivamente mediante o acionamento da Central de Atendimento de serviços de assistências (número de telefone indicado na Proposta de Contratação e Apólice) pelos Familiares e/ou Beneficiários, que solicitará as seguintes informações:

- Nome do Segurado
- CPF

1.6.1 Confirmados os dados do Segurado ou do sinistrado e estando o seguro em vigor, serão prestados os serviços previstos neste plano.

1.6.2 Para que ocorra a prestação do serviço de funeral, fica acordado que o familiar do segurado deverá obrigatoriamente entregar ao prestador as cópias das seguintes documentações:

- Declaração de óbito (ou certidão de óbito)
- RG e CPF do segurado e do sinistrado em caso de planos com abrangência de dependentes

ou agregados

## 2. CAPITAL SEGURADO

2.1 O Capital Segurado estará especificado na Apólice e/ou Contrato e seu valor estará descrito de forma expressa na Apólice de Seguro.

2.2 Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do falecimento do Segurado.

2.3 Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados.

**2.4 Não haverá qualquer reembolso de despesas quando feita a opção pelos serviços de assistência.**

2.5 As despesas com funeral serão reembolsadas ao responsável pelo pagamento mediante entrega dos comprovantes originais das despesas.

2.5.1 Na hipótese de haver mais de um responsável pelo custeio do funeral, a indenização será feita para cada um dos responsáveis na proporção dos gastos devidamente comprovados e limitado ao valor do Capital Segurado desta cobertura.

2.6 Essa cobertura poderá ser contratada na seguinte opção:

**a) Assistência Funeral – Individual:** Garante o reembolso ou os serviços de assistência exclusivamente para o Segurado Principal do seguro.

## 3. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

3.1 O Serviço de Assistência Funeral garante, a prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) que englobem os seguintes itens:

- Urna: de madeira com ou sem visor, padrão standard e ornamentação com flores da época e véu simples para cobrir o corpo.
- Veículo: carro fúnebre dentro do município de residência.
- Véu: véu simples para cobrir o corpo.
- Capela: locação em salas velatórias públicas. Caso seja realizado em salas particulares os valores deverão ser similares aos das salas públicas.
- Cremação: Serviço executado apenas nas cidades que possuem disponibilidade para a realização. A Assistência arcará com os custos equivalentes aos dos crematórios públicos, caso a família opte pelo serviço particular. As cinzas serão encaminhadas para a cidade domiciliar da família. As despesas com passagens e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Cremação correrão por conta da família.
- Documentação: registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da

certidão de óbito.

- Flores: 01 (uma) coroa de flores média e 1 arranjo de flores para decoração da sala de velório.
- Preparação do Corpo: banho, barba, vestimenta (ato de vestir), etc. (higienização básica mais preparação e tamponamento).
- Presença: livro ou folha para assinaturas.
- Parâmetros: jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona.
- Sepultamento: em túmulo (ou jazigo) no jazigo da família com pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos cemitérios públicos.
- Jazigo: Caso o segurado não possua jazigo ou sepultura, a Seguradora garantirá a locação de cemitério e jazigo por um período máximo de 03 (três) anos, tempo necessário para exumação. Após este período a locação fica sob responsabilidade dos familiares. Não sendo possível sepultamento por motivos alheios a vontade da Seguradora na cidade indicada pela família, este será feito na cidade mais próxima.
- Traslado: transporte do corpo do local onde ocorreu o óbito para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado, em urna mortuária apropriada. A Assistência determinará se o transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local. O traslado será fornecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do cliente (a), constante na apólice; caso o óbito ocorra dentro do município de residência não será fornecido este serviço. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.
- Transmissão de Mensagens Urgentes: A Assistência transmitirá mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do cliente (a).

3.2 A rede de prestadores de serviço poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora sem aviso prévio.

3.3 O meio de traslado do corpo é decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

3.4 Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta cobertura, se está for devida.

#### **4. RISCOS EXCLUÍDO**

**Além dos riscos excluídos apresentados no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:**

- a. compra de roupas em geral;
- b. anúncio em rádio ou jornal;
- c. missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
- d. xerox da documentação;
- e. fornecimento de café, bebidas e refeições em geral;
- f. compra de Jazigo ou similares;
- g. confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
- h. confecção de lápides e/ou gravações;
- i. aquisição de cruzes e/ou outros símbolos, religiosos ou não;
- j. reforma em geral no jazigo;
- k. exumação de corpo em jazigo da família ou de terceiros;
- l. pagamento de custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
- m. necromaquiagem;
- n. execução de técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo;
- o. despesas de qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nestas condições.

## 5. FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

## 6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

**6.1. Ocorrendo um evento que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado/Beneficiário ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, pelos meios disponibilizados pela seguradora.**

**6.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do evento.**

6.3 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

6.3.1 Documentos de identificação do Segurado sinistrado e despesas realizadas:

- a) Carteira de identidade ou equivalente;
- b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
- c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
- d) Certidão de óbito; e
- e) Notas fiscais originais das despesas efetuadas com o funeral do Segurado, contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos.

6.3.2 Para os planos com abrangência de dependentes ou agregados, além dos documentos acima, deverá ser encaminhado:

- a) Carteira de identidade ou equivalente (segurado e sinistrado);
- b) CPF (ou outro documento que indique seu número) (segurado e sinistrado);
- c) Comprovante de vínculo com o segurado e sua dependência, conforme apresentado no item 2.6.1 destas condições especiais.

6.3.3 Documentos de identificação de cada beneficiário:

- a) Carteira de identidade ou equivalente;
- b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
- c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
- d) Comprovante de união estável (em caso de companheiro beneficiário);
- e) Comprovante de residência; e
- f) Número de telefone para contato.

**6.4. O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.**

**6.4.1. A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.**

## **7. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE**

7.1A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas com o funeral do Segurado.

7.2Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

7.2.1 Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado e limite máximo de indenização da cobertura;

7.2.2 Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o item 7.2.1 desta cláusula;

7.2.3 Se a quantia a que se refere o item 7.2.2 desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida

participará com a respectiva indenização individual, assumindo o beneficiário a responsabilidade pela diferença, se houver;

7.3 Se a quantia estabelecida no item 7.2.2 for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele item.

## **8. RATIFICAÇÃO**

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

- o o -

## CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA AUXÍLIO CIRURGIA

### 1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado caso se submeta a tratamento cirúrgico em regime de internação em hospital por período mínimo de 24 (vinte e quatro) horas, respeitadas as exclusões previstas na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais e destas Condições Especiais, observadas as demais disposições Contratuais.

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

### 2. DEFINIÇÕES DE TERMOS TÉCNICOS

**Aborto espontâneo não provocado:** Para fins desse seguro, aborto espontâneo não provocado é quando a perda do feto não é consequência de manipulação voluntária.

**Cirurgia Eletiva:** é aquela necessária para tratamento médico do Segurado, que não se reveste das características de urgência ou emergência, ou seja, quando ele não está sob o risco de vida imediato ou sofrimento intenso, podendo ser efetuada em data escolhida por ele ou pelo médico, desde que esta data não comprometa a eficácia do tratamento.

**Cirurgia Plástica Reparadora:** é aquela que tem como objetivo corrigir lesões deformantes, defeitos congênitos ou adquiridos.

**Cirurgia Plástica Estética:** é aquela realizada com o objetivo de realizar melhoras à aparência pessoal.

**Hospital:** para os fins destas Condições Gerais, é o estabelecimento legalmente constituído e licenciado, no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico e/ou cirúrgico à pacientes internados.

**Internação Hospitalar:** é a admissão do Segurado em hospital, para tratamento cirúrgico com fim terapêutico, decorrente de doença ou acidente, que exija período mínimo de internação de 24 horas, **observados os riscos excluídos constantes destas Condições Gerais.**

### 3. RISCOS COBERTOS

3.1 Estão cobertos os tratamentos cirúrgicos eletivos ou de urgência, realizados em hospital, com internação por período mínimo de 24 (vinte e quatro) horas, decorrentes de doença ou acidente pessoal atestado pelo médico assistente do Segurado, observadas as carências quando aplicáveis.

**3.1.1 A cobertura garantida pelo seguro não contempla cirurgias decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, assim como acidentes ocorridos antes do início de vigência da apólice.**

3.1.2 Doenças preexistentes são definidas como aquelas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação.

3.1.3 Será devido por uma única vez o capital contratado ao Segurado, independentemente do número de procedimentos a que vier ser submetido, decorrentes da mesma internação hospitalar.

#### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

**4.1 Além dos riscos excluídos definidos no item 4 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos decorrentes de:**

- a) **doenças preexistentes diagnosticadas em data anterior ao início de vigência do seguro, isto é, quaisquer doenças de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;**
- b) **acidentes, mesmo que com complicações tardias, que tenham ocorrido em data anterior ao início de vigência do seguro;**
- c) **cirurgia com finalidade estética;**
- d) **internações para quaisquer fins, que não sejam cirúrgicos nos termos destas Condições Especiais;**
- e) **cirurgia eletiva, quando realizada no período de carência;**
- f) **cirurgia plástica reparadora, exceto quando decorrente de risco coberto;**
- g) **qualquer tipo de cirurgia para tratamento de obesidade;**
- h) **cirurgia para mudança de sexo, tratamento de esterilidade, inseminação artificial, controle de natalidade ou suas consequências;**
- i) **cirurgias decorrentes de gravidez, exceto no caso das consequências provocadas no caso de acidente pessoal coberto ou decorrentes de aborto espontâneo não provocado, nos termos apresentados no item Definição dos termos técnicos desta cobertura. Em nenhuma hipótese está coberto o parto em si;**
- j) **métodos endoscópicos, métodos intervencionistas por imagem (através de radiologia intervencionista e/ou ultras-sonografia) para quaisquer finalidades;**
- k) **procedimentos por hemodinâmica-cardiológica intervencionista para quaisquer finalidades.**

**4.2 - Não estarão cobertos os procedimentos cirúrgicos realizados em estabelecimentos não considerados como sendo hospitais, tais como:**

- a) **ambulatórios ou clínicas, mesmo que autorizadas para execução de procedimentos cirúrgicos;**
- b) **instituições para recuperação de viciados em álcool e drogas;**
- c) **clínicas hidroterápicas ou de métodos curativos naturais;**
- d) **clínicas de convalescença de tratamento médico do tipo pós-operatório e/ou reabilitação de acidentes pessoais;**
- e) **clínicas para tratamento de obesidade e estética.**
- f) **UPAs (Unidades de Pronto Atendimento), consultórios, clínicas de oftalmologia e de odontologia, postos de saúde, ambulatórios e outros estabelecimentos, públicos ou privados, não enquadrados como hospital.**

## **5. CAPITAIS SEGURADOS**

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

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

5.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da realização da cirurgia coberta pelo seguro, realizada em hospital.

5.4. A reintegração do capital segurado será automática após cada evento, até o valor indenizado, não havendo a reintegração para danos causados em virtude do mesmo evento.

## **6. CARÊNCIA**

6.1. A cobertura de Auxílio Cirurgia estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura, ou da sua recondução depois de suspenso, devendo constar na Apólice do Seguro.

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

6.3. Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não será aplicado prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido prazo corresponderá a dois anos ininterruptos.

## **7. FRANQUIA**

A cobertura de Auxílio Cirurgia, não está sujeito a franquia.

## **8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO**

8.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito no item 15 “Procedimentos em caso de Sinistro” das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir:

- a) Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado e/ou Beneficiários e médico-assistente do Segurado, mediante carimbo e CRM;
- b) Cópia simples da Certidão de Nascimento ou Casamento;
- c) Cópia simples do RG e CPF do Segurado;
- d) Comprovante de internação hospitalar oficial para realização de cirurgia;
- e) ficha de alta hospitalar especificando o procedimento cirúrgico realizado;

- f) Resultado de todos os exames realizados pelo Segurado que estejam relacionados ao evento;
- g) Laudo do primeiro atendimento médico com a descrição detalhada das lesões/sintomas apresentados e procedimentos realizados até a data da cirurgia;
- h) laudo médico especificando o diagnóstico pré e pós-operatório; no caso de cirurgias que envolvam retirada de órgãos e/ou tumores, com necessidade de apresentação de cópia do exame histo-patológico;
- i) boletim de ocorrência policial – BO, no caso de acidente;
- j) carteira nacional de habilitação (quando houver certeza ou indício de que o acidente tenha sido provocado por veículo dirigido pelo Segurado);
- k) Cópia simples do CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho – se for o caso;
- l) Formulário de Autorização para Crédito em conta, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou pelo(s) Beneficiário(s), para o caso de eventual pagamento de indenização.

#### 8.1.1 Na hipótese de pagamento ao beneficiário:

- a) Em caso de Beneficiário, Certidão de casamento atualizada ou comprovante de união estável
- b) Declaração do INSS ou IR informando (se for o caso) quem são os dependentes do Segurado na Previdência Social;
- c) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento e/ou Casamento bem como RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s). Em se tratando de Beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessário cópia autenticada do CPF;
- d) No caso de Beneficiários menores de idade incapazes, apresentação do Termo de Tutela, de Curatela ou Alvará Judicial, bem como documento de identificação do responsável juntamente com comprovante de residência.

## 9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

- o o o -