

Condições Gerais

Doenças Graves

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO	4
2) DEFINIÇÕES	4
3) COBERTURAS DO SEGURO	7
4) RISCOS EXCLUÍDOS	9
5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	9
6) CARÊNCIAS	9
7) ACEITAÇÃO DO SEGURO	10
8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	12
9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	12
10) CAPITAL SEGURADO	12
11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E RECÁLCULO	13
12) APLICABILIDADE DE MORA	13
13) PAGAMENTO DE PRÊMIO	13
14) SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO	14
15) CANCELAMENTO DO SEGURO	14
16) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	15
17) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	15
18) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	16
19) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE	17
20) DISPOSIÇÕES GERAIS	17
21) FORO	18

CONDIÇÕES ESPECIAIS

1) COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES	19
2) RISCOS COBERTOS	19
3) RISCOS EXCLUÍDOS	20
4) CAPITAL SEGURADO	20
5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	21
6) BENEFICIÁRIOS	22

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO

Art. 1º - Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou aos seus beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

Parágrafo Único. Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate ou devolução de quaisquer prêmios pagos, exceção feita ao disposto no parágrafo 2º do art. 7º, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período.

2) DEFINIÇÕES

Art. 2º - Para efeito destas condições gerais, considera-se:

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

a.1) Incluem-se nesse conceito:

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

a.2) Excluem-se desse conceito:

- as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças

Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

- **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido neste item.**
- b) **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante/subestipulante;
- c) **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro;
- d) **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro;
- e) **Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;
- f) **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora;
- g) **Coberturas:** são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto;
- h) **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, condições especiais, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual;
- i) **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;
- j) **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários;
- k) **Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante/subestipulante e a seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante/subestipulante, da seguradora, dos segurados, e dos beneficiários;
- l) **Doenças ou Lesões Preexistentes:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro;
- m) **Estipulante/Subestipulante:** pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor;
- n) **Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva em determinado período;
- o) **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas condições gerais;
- p) **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora;
- q) **Franquia Dedutível:** é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. **A franquia é deduzida por evento;**
- r) **Franquia Simples:** é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. **A franquia não é deduzida por evento,**

isto é, caso o evento gerador tenha duração superior a franquia, a seguradora indenizará o período completo correspondente ao evento gerador;

- s) **Grupo Segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;
- t) **Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante/subestipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva;
- u) **Hospital:** é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. **Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para dependentes do uso de drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;**
- v) **Indenização:** valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado;
- w) **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora;
- x) **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**
- y) **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;
- z) **Período de Cobertura:** aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;
- aa) **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;
- ab) **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;
- ac) **Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;
- ad) **Proponente:** o interessado em contratar a cobertura;
- ae) **Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;
- af) **Proposta de Contratação:** documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar as coberturas, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;
- ag) **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais ou nas condições especiais, que não serão cobertos pelo plano;
- ah) **Segurado:** pessoa física sobre a qual se estabelecerá o seguro;
- ai) **Segurado Principal:** é o segurado que mantém vínculo com o estipulante ou subestipulante;
- aj) **Segurados Dependentes:** são os filhos, enteados ou menores considerados dependentes do segurado principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda e o cônjuge, quando incluídos no seguro;
- ak) **Seguradora:** é a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas condições gerais;
- al) **Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 3º - Poderão ser contratadas as seguintes coberturas:

I. Morte (M): É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro.

II. Morte Acidental (MAC): É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência deste seguro.

III. Morte Acidental - Vítima de Crime (MACVC): É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer vítima de crime praticado por terceiro contra a sua pessoa.

IV. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

V. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

VI. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração (IPAM): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro, com a majoração de alguns itens constantes da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

VII. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - Vítima de Crime (IPAVC): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de crime praticado por terceiro contra a sua pessoa.

VIII. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPDA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que cause a perda da existência independente do segurado, correspondente à antecipação do capital segurado da cobertura de Morte.

IX. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que cause a perda da existência independente do segurado.

X. Auxílio Funeral Complementar (AFC): Corresponde ao reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado ou a prestação do serviço de assistência funeral, até o limite do capital segurado contratado.

XI. Auxílio Funeral Dedutível (AFD): Corresponde ao reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado ou a prestação do serviço de assistência funeral, até o limite do capital segurado contratado. O valor pago a título de auxílio funeral será descontado quando do pagamento da cobertura de Morte.

XII. Adiantamento por Doença Terminal (ADT): Corresponde à antecipação do pagamento de um percentual da indenização relativa à cobertura de morte caso seja verificado o estado terminal da doença do segurado, para auxiliá-lo no tratamento.

XIII. Rescisão Contratual e Realocação de Pessoal por Morte (RCM): É a garantia de pagamento de uma indenização ao Estipulante ou Subestipulante, conforme definido em contrato, até o limite de capital segurado contratado, referente às despesas com rescisão e realocação em decorrência da morte do segurado.

XIV. Auxílio Alimentação (AALI): Corresponde ao pagamento de uma indenização, caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, para auxiliar na alimentação da família.

XV. Doença Congênita dos Filhos (DCF): É a garantia do pagamento de uma indenização ao segurado, caso seu filho venha a nascer com alguma doença congênita.

XVI. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO): garante 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.

XVII. Diárias por Incapacidade Temporária (DIT): É a garantia do pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

XVIII. Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA): É a garantia do pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

XIX. Doenças Graves (DG): É a garantia do pagamento de uma indenização ao beneficiário em decorrência de diagnóstico definitivo de doenças graves previstas nas condições especiais.

XX. Transplante de Órgãos (TO): É a garantia do pagamento de uma indenização ao beneficiário caso este venha a se submeter a algum dos transplantes de órgãos definidos nas condições especiais.

XXI. Diária por Internação Hospitalar (DIH): É a garantia de pagamento de uma diária segurada, de acordo com o valor contratado, para cada dia de internação hospitalar, em consequência de doença ou acidente pessoal cobertos, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

XXII. Diária por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA): É a garantia de pagamento de uma diária segurada, de acordo com o valor contratado, para cada dia de internação hospitalar, em consequência de acidente pessoal coberto, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

§ 1º. As coberturas de IFPDA, Auxílio Funeral Dedutível, Adiantamento por Doença Terminal e Rescisão Contratual por Morte só poderão ser contratadas juntamente com a cobertura de Morte.

§ 2º. As coberturas de Adiantamento por Doença Terminal, IFPD, IFPDA e de Doenças Graves não poderão ser contratadas concomitantemente.

§ 3º. Somente poderão ser contratadas pelos dependentes as coberturas de Morte, Morte Acidental, Morte Acidental Vítima de Crime, IPA, IPTA, IPAM, IPAVC, Auxílio Funeral Dedutível e Complementar e Adiantamento por Doença Terminal.

§ 4º As coberturas de DIT, DITA, DIH e DIHA não poderão ser contratadas concomitantemente.

§ 5º As coberturas de IPA, IPTA e IPAM não poderão ser contratadas concomitantemente.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 4º - Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) de doenças preexistentes à contratação do seguro de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;**
- d) de suicídio ou tentativa de suicídio do Segurado, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;**
- e) de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;**
- f) de acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) epidemias e/ou pandemias declaradas por órgão competente;**
- h) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal;**
- i) o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente pessoal; e**
- j) o choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal.**

Art. 5º - Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Art. 6º - As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

§ 1º. Os eventos relativos à cobertura de Auxílio Funeral Dedutível ou Complementar serão garantidos em qualquer parte do globo terrestre, somente na forma de reembolso. Quando da opção pela prestação de serviços constante das condições especiais, estes somente serão prestados em território brasileiro.

§ 2º. Para as coberturas oferecidas com prazo inferior a um ano e que se limitem a indenizar eventos geradores ocorridos em shows, eventos sociais ou esportivos, o âmbito geográfico estará limitado ao local onde será realizado o show ou evento.

6) CARÊNCIAS

Art. 7º - O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão, sendo estabelecido no contrato e, não poderá exceder a 24 (vinte e quatro) meses contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão.

§ 1º. Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses.

§ 2º. Com a ocorrência de qualquer evento durante o período de carência, serão devolvidos ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), os prêmios puros do seguro atualizados pela variação do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do recebimento dos prêmios e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 24.

§ 3º. A Seguradora, a seu critério, poderá substituir ou reduzir o prazo de carência por Declaração Pessoal de Saúde e/ou de Atividades e/ou de exame médico.

§ 4º. O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do plano.

§ 5º. Com exceção do caso da carência para o suicídio, não poderá ser estipulado prazo de carência superior à metade da vigência constante do certificado.

§ 6º. Para as coberturas de Doença Congênita de Filhos e Auxílio Natalidade, se contratadas, a carência será de 9 (nove) meses contados a partir do início da vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão, isto é, somente estarão cobertos por esta garantia os filhos nascidos após 9 (nove) meses do início de vigência do risco individual ou da sua recondução depois de suspensão.

§ 7º. Para a cobertura de diária por incapacidade temporária, será estabelecido período de carência de 150 (cento e cinquenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão quando o evento gerador seja decorrente de:

- diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
- cirrose hepática; e
- doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer; doença de Parkinson, entre outras.

§ 8º. Para a cobertura de diária por incapacidade temporária, será estabelecido período de carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão quando o evento gerador seja decorrente de doença e não esteja previsto no § 7º do artigo 7º destas Condições Gerais.

§ 9º. Para a cobertura de diária por internação hospitalar, será estabelecido período de carência de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão quando o evento gerador seja decorrente de doença.

§ 10º. Para as coberturas de Doenças Graves e Transplante de Órgãos, será estabelecida carência de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

Art. 8º - Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura da proposta de adesão do proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado, na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

§ 1º. Recebida a proposta de adesão pela seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, terá início um período de 15 (quinze) dias, no qual a seguradora avaliará o risco.

§ 2º. A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação.

§ 3º. Caso não haja manifestação contrária da Seguradora no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento da proposta de adesão, o seguro estará automaticamente aceito.

§ 4º. Caso haja recusa da proposta, a Seguradora deverá enviar comunicação por escrito ao proponente, devidamente fundamentada na legislação e regulamentação aplicáveis. Considerar-se-á como data da recusa da Proposta, para todos os efeitos legais, a data do recebimento da comunicação pelo segurado, conforme constante no aviso de recebimento.

§ 5º. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, a Seguradora restituirá o proponente e/ou o Estipulante, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data da formalização da recusa. O proponente terá a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com o adiantamento do prêmio por parte da seguradora e a data da formalização de recusa. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado pela variação do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do pagamento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição.

Art. 9º - A cada segurado incluído no seguro será enviado um Certificado Individual, assinado pelos representantes legais da seguradora, que conterà no mínimo os seguintes elementos:

- a) data de início e fim de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes;
- b) capital segurado por cobertura contratada pelo segurado principal e pelos segurados dependentes;
- c) valor do prêmio total.

Art. 10 - A inclusão de segurados dependentes pode ser feita das seguintes formas:

- a) automática: quando o seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os cônjuges e/ou filhos dos segurados principais; e
- b) facultativa: quando, somente por autorização do segurado principal, o seguro abranger quaisquer dos segurados dependentes.

Art. 11 - São equiparadas(os) aos cônjuges, as(os) companheiras(os) dos segurados principais, desde que haja concordância com a anotação feita na carteira profissional. Os segurados principais pertencentes a categorias profissionais para as quais não são expedidas carteiras profissionais poderão incluir no seguro as(os) companheiras(os), quando estas(es) estiverem registradas(os) de acordo com regulamentação própria.

Art. 12 - São equiparados aos filhos os enteados e menores considerados dependentes econômicos do segurado principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.

Art. 13 - Quando os segurados principais tiverem dependentes comuns, estes somente podem ser incluídos uma única vez, e serão considerados como dependentes daquele de maior capital segurado na soma das coberturas contratadas, sendo este denominado de segurado principal.

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 14 - Caso as propostas tenham sido recepcionadas pela Seguradora, antes do pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia de pagamento do respectivo prêmio, sendo esta data expressamente acordada entre as partes. O fim de vigência da cobertura não poderá ultrapassar a vigência da apólice.

Parágrafo Único. As propostas que tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta.

9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Art. 15 - Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.

Art. 16 - A vigência do seguro constará da apólice e do contrato firmado entre seguradora e estipulante/subestipulante, sendo renovada automaticamente, uma única vez, salvo se a seguradora ou o estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

§ 1º. Será enviado novo certificado individual aos segurados em cada uma das renovações do seguro.

§ 2º. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam ao final de vigência da apólice.

§ 3º. Com exceção da primeira renovação, a qual poderá ser feita de forma automática, nas demais é obrigatório o consentimento expresso.

§ 4º. A renovação da apólice que não implicar em ônus, deveres adicionais ou redução de direito para os segurados poderá ser feita pelo estipulante.

§ 5º. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados, ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

10) CAPITAL SEGURADO

Art. 17 - O critério de estabelecimento do capital segurado consta de cada uma das condições especiais das coberturas.

Parágrafo Único. Para algumas coberturas será estabelecido limite percentual em função das coberturas de Morte e/ou Morte Acidental, o qual constará da proposta de adesão.

Art. 18 - As coberturas para cônjuge e filhos, quando contratadas, poderão abranger apenas as coberturas de Morte, Morte Acidental, MACVC, Auxílio Funeral Dedutível, Auxílio Funeral Complementar, IPA, IPTA, IPAM, IPAVC e Adiantamento por Doença Terminal e o capital segurado será equivalente a:

- a) **Cônjuge:** limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado individual da cobertura de Morte do segurado principal, de acordo com o estabelecido na proposta de contratação; e
- b) **Filhos:** limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado individual da cobertura de Morte do segurado principal, por filho, de acordo com o estabelecido na proposta de contratação.

Parágrafo Único. A cobertura para cônjuge e filhos não poderá ser contratada caso o segurado principal não adquira a cobertura de Morte ou Morte Acidental ou Morte Acidental - Vítima de Crime.

Art. 19 - O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E RECÁLCULO

Art. 20 - Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, anualmente, no mês estabelecido na proposta de contratação, apólice e contrato, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao da atualização, exceto para as apólices que possuam recálculo do capital segurado pela variação salarial.

Parágrafo Único. A primeira atualização observará o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a data de início de vigência do certificado.

Art. 21 - Nas apólices de seguro onde os capitais segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que o estipulante comunicar à seguradora.

Art. 22 - Caso o segurado tenha optado pela periodicidade anual do pagamento dos prêmios, o capital segurado será atualizado até a data de ocorrência do evento gerador, observado o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a última atualização.

Art. 23 - O valor do prêmio individual do Seguro será alterado periodicamente em decorrência da mudança de idade do segurado e conseqüente aumento de risco, conforme determinado na tabela constante das Condições Contratuais e disponibilizado ao Segurado quando da sua adesão ao Seguro, sendo certo que tal alteração, por já estar prevista nas Condições Contratuais do Seguro não implicará em consulta à massa de segurados.

12) APLICABILIDADE DE MORA

Art. 24 - Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 0,01% (um centésimo por cento) ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no art. 37, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

Parágrafo Único. Para este plano não será adotada multa.

13) PAGAMENTO DE PRÊMIO

Art. 25 - O custeio do seguro pode ser:

- a) contributário, no caso em que os segurados pagam prêmio, total ou parcialmente; ou
- b) não contributário, no caso em que os segurados não pagam prêmio, recaindo o ônus do seu pagamento totalmente sobre o Estipulante.

Art. 26 - Os prêmios serão pagos mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, de acordo com o estabelecido na proposta de adesão.

§ 1º. No caso de sinistro ou cancelamento do plano de seguro, será devolvida a parcela de prêmio proporcional aos meses correspondentes ao risco ainda a decorrer, em função do prazo a que se refere o prêmio pago. O valor a ser devolvido será atualizado pelo indexador do plano desde a data do pagamento do prêmio até a data da efetiva devolução, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 24.

§ 2º. Os prêmios poderão ser pagos pelo segurado e/ou pelo estipulante/subestipulante, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido no contrato.

§ 3º. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a seguradora poderá delegar ao estipulante/subestipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. O não repasse à seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante/subestipulante não poderá prejudicar o segurado.

§ 4º. É expressamente vedado ao estipulante/subestipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante/subestipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

§ 5º. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do segurado principal por escrito.

§ 6º. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data estabelecida no contrato. No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das coberturas.

§ 7º. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

14) SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

Art. 27 - Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas deste seguro estarão suspensas a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança, ficando o segurado e seus beneficiários sem direito a receber indenização referente a qualquer cobertura contratada no caso de ocorrência do sinistro.

§ 1º. O segurado poderá ter a cobertura reabilitada no prazo máximo de 90 (noventa) dias a contar da data de vencimento do primeiro prêmio devido e não pago, mediante quitação do prêmio do risco a decorrer e, as coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for retomado o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

§ 2º. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, conforme estabelecido nestas condições gerais.

15) CANCELAMENTO DO SEGURO

Art. 28 - Na hipótese de qualquer parcela referente ao prêmio do seguro não ser paga no período especificado para reabilitação das coberturas constante no § 1º do artigo 27, o seguro ficará automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

Parágrafo Único. O período em que a cobertura estiver suspensa não será considerado para efeito de cumprimento do período de carência, sendo retomada a contagem deste no momento da reabilitação da cobertura.

Art. 29 - O contrato de seguro poderá, ainda, ser rescindido a qualquer tempo durante sua vigência, mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 do grupo segurado. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

16) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 30 - A cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência do seguro, se este não for renovado, observada a limitação constante no art. 16 destas condições gerais.

Art. 31 - Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, as coberturas do segurado cessam, ainda:

- a) automaticamente com o cancelamento da apólice;
- b) quando o estipulante/subestipulante solicitar a exclusão do segurado da apólice;
- c) com a morte do segurado principal;

Parágrafo Único. Além das situações mencionadas acima, a cobertura de cada segurado dependente cessa:

- d) se o segurado principal deixar o grupo segurado;
- e) no caso de cessação da condição de dependente;
- f) se for cancelada a cobertura de cônjuge e filhos; ou
- g) com a inclusão do segurado dependente no grupo segurável como principal.

17) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Art. 32 - O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

Art. 33 - Se, ainda, o segurado, o estipulante/subestipulante, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o estipulante / subestipulante obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

Parágrafo Único. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a seguradora poderá:

I. na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

Art. 34 - O segurado ou o estipulante/subestipulante é obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se for provado que silenciou de má-fé.

Art. 35 - A seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença do prêmio cabível.

§ 1º. O cancelamento só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.

§ 2º. Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída ao estipulante/subestipulante, corrigida pela variação do indexador previsto no plano, além de juros de mora.

18) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 36 - Os documentos para liquidação de sinistros constam das condições especiais para cada cobertura.

Art. 37 - A partir da entrega de toda a documentação básica exigível, listada nas condições especiais das coberturas, por parte do segurado ou beneficiários, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 38 - É facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração do sinistro.

Parágrafo Único. A contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa a partir da data de solicitação dos documentos e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

Art. 39 - No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

§ 1º. A junta médica de que trata o *caput* deste artigo será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

§ 2º. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

§ 3º. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

Art. 40 - Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências determinadas pela mesma. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

Art. 41 - O segurado, ao propor sua adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

Art. 42 - A indenização devida e não paga, no prazo disposto no art. 37, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo índice estabelecido no plano. A indenização será paga de forma única.

Parágrafo Único. Considerando o disposto no *caput* deste artigo, a atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 24, independentemente de notificação ou interpelação judicial, sendo o pagamento feito de uma só vez juntamente com os demais valores do contrato.

19) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

Art. 43 - São obrigações do estipulante/subestipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora;
- b) manter a seguradora informada a respeito dos segurados, alteração no risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) pagar os prêmios à seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;
- e) repassar aos segurados todos os avisos e comunicações inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração, discriminando o nome da seguradora responsável pelo risco nesses documentos;
- f) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- g) dar ciência aos segurados dos prazos e procedimentos para a liquidação de sinistros;
- h) comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considere irregulares quanto ao seguro contratado; e
- i) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado.

20) DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 44 - No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará como índice substitutivo o IGPM.

Art. 45 - O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios e/ou indenizações deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

Art. 46 - Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

Art. 47 - Qualquer alteração na apólice que implique em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados dependerá de anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 do grupo segurado.

Parágrafo Único. Quando a alteração não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, esta pode ser realizada apenas com a anuência do estipulante/subestipulante.

Art. 48 - A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

Art. 49 - O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

Art. 50 - O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Art. 51 - Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

21) FORO

Art. 52 - As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo Único. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no *caput* deste artigo.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º - Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao segurado principal em decorrência de diagnóstico definitivo de qualquer uma das doenças graves devidamente especificadas em riscos cobertos.

2) RISCOS COBERTOS

Art. 2º - Para os efeitos desta cobertura, são consideradas “Doenças Graves”, exclusivamente, os seguintes eventos:

- a) **Câncer:** doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a doença de Hodgkin.
- b) **Infarto Agudo do Miocárdio:** é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de:
 1. História de dores torácicas típicas
 2. Alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q).
 3. Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).
- c) **Acidente Vascular Cerebral:** obstrução aguda da circulação sanguínea cardiovascular causada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio da fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser confirmado por médico especialista e feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro ou ressonância magnética. Os sintomas clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico.
- d) **Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass):** Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (Bypass) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e confirmada por um médico especialista.
- e) **Doença de Alzheimer:** Deterioração da capacidade intelectual ou comportamento anormal, apresentado pelo estado clínico e aos questionários padronizados a respeito da doença de Alzheimer, ou de alterações orgânicas irreversíveis, excluindo neurose e doenças psiquiátricas que resultam na diminuição importante do funcionamento social e que requer supervisão contínua do assegurado. O diagnóstico deverá ser confirmado clinicamente por médico especialista.

Art. 3º - O segurado somente terá direito a indenização se a doença grave for diagnosticada após o prazo de carência e desde que se encontre em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença.

Art. 4º - Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico definitivo de doenças graves previstas nestas Condições Especiais, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico definitivo de mais de uma doença grave. Esta garantia será cancelada após o recebimento da indenização ou no primeiro dia posterior à data em que o segurado completar 70 anos de idade, o que ocorrer primeiro.

3) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 5º - Configuram riscos excluídos da cobertura de Doenças Graves:

I. Câncer:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b) Todos os cânceres não invasivos (*in situ*);
- c) O câncer da próstata no estágio Ia, Ib e IC (Carcinoma prostático primário abaixo do estágio B0 pela classificação modificada Jewett, abaixo de T1c pela classificação TNM em 1992);
- d) Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (segundo a classificação Breslow, a profundidade é menor que 1,5 mm);
- e) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer Vírus da Imunodeficiência Humana, desde que o mesmo tenha sido contraído antes do início de vigência da cobertura individual;
- f) Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno; e
- g) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual.

II. Infarto Agudo do Miocárdio:

- a) Angina do peito incluindo angina estável e instável;
- b) Angina decúbito;
- c) Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T"; e
- d) Outras síndromes coronarianas agudas.

III. Acidente Vascular Cerebral Agudo:

- a) Ataque Isquêmico Transitório e deficiências neurológicas isquêmicas;
- b) Hemorragia cerebral causada por acidentes;
- c) Hemorragia cerebral causada por tumor cerebral;
- d) Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
- e) Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e
- f) Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

IV. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass):

- a) Angioplastia e outros procedimentos intra-arteriais;
- b) Cirurgia tipo "key-hole" (quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando-se cateteres cirúrgicos); e
- c) Quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.

4) CAPITAL SEGURADO

Art. 6º - Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico definitivo da doença grave coberta, comprovado por resultado de exame anátomo-patológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 7º - Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia da Carteira de Identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c) formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo segurado com data posterior a 30 dias da data do diagnóstico;
- d) documentos médicos, tais como prontuários e receitas;
- e) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
 - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contracheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contracheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Emprego (FRE), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE (no caso do beneficiário ser o estipulante/subestipulante)

- f) formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- g) cópia da carteira de identidade e CPF do representante legal do Estipulante/Subestipulante;
- h) cópia do CNPJ do Estipulante/Subestipulante; e
- i) cópia do comprovante de localização do estabelecimento comercial de concessionárias de serviços públicos, tais como água, gás, luz e telefone.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS (no caso do beneficiário não ser o próprio segurado ou o estipulante/subestipulante)

- j) formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- k) cópia da carteira de identidade e CPF;
- l) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- m) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- n) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- o) termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- p) termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

Para as doenças cobertas:

I. Câncer:

- a) laudo médico com diagnóstico do câncer, firmado por médico de especialidade em oncologia, contendo o

carimbo com o CRM do médico assistente, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia, data do primeiro diagnóstico e o tipo histológico; e

- b) cópia autenticada do resultado da biópsia ou outro exame complementar que evidenciou a doença maligna.

II. Infarto Agudo do Miocárdio:

- a) laudo médico, firmado por médico de especialidade em cardiologia;
- b) cópia dos exames de enzimas cardíacas;
- c) laudo de cateterismos cardíacos; e
- d) eletrocardiogramas recentes.

III. Acidente Vascular Cerebral:

- a) laudo médico, firmado por médico de especialidade neurológica, diagnosticando o acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a seqüela decorrente; e
- b) exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

IV. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass):

- a) laudo médico, firmado por médico de especialidade em cirurgia cardíaca ou hemodinâmica diagnosticando a insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), e com a expressa indicação da necessidade de realização de cirurgia cardíaca com tórax aberto ou angioplastia através de cateterismo cardíaco;
- b) laudo de cateterismos cardíacos ou da angioplastia ou o relatório da cirurgia cardíaca; e
- c) eletrocardiogramas recentes.

V. Doença de Alzheimer:

- a) laudo médico, firmado por médico de especialidade neurológica, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado e se o mesmo já possui indicação para o termo de curatela; e
- b) exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

6) BENEFICIÁRIOS

Art. 8º - Os beneficiários serão aqueles designados pelo segurado na proposta de adesão.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. Nos planos não contributários poderá ser nomeado beneficiário, o estipulante do grupo segurado, responsável pelo pagamento integral da contribuição e possuidor do legítimo interesse segurável sobre o segurado principal.

§ 3º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o beneficiário será o segurado principal.

TABELA DE REAJUSTE

Quando da mudança de faixa etária, independentemente da atualização do capital segurado, ocorrerá o reajuste do prêmio conforme percentuais apresentados abaixo:

Faixa Etária	Percentual de Reajuste
18 a 35 anos	-
36 a 40 anos	153,87%
41 a 45 anos	79,07%
46 a 50 anos	79,09%
51 a 55 anos	54,66%
56 a 60 anos	40,27%
61 a 65 anos	40,25%
66 a 70 anos	48,28%

MONGERAL AEGON*Construa seu amanhã***Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A ■ CNPJ 33.608.308/0001-73**

Central de Relacionamento: 4003-3355 (capitais e regiões metropolitanas), 0800 881 3355 (todas as localidades), 0800 771 5472 (deficientes auditivos ou de fala) ou sac@mongeralaegon.com.br; Ouvidoria - essa é uma instância superior à qual você pode recorrer caso sua questão não tenha sido resolvida pelos outros canais - 0800 725 7550, ouvidoria@mongeralaegon.com.br ou Cx. Postal 40994 – CEP 20270-971 - Rio de Janeiro/RJ.

mongeralaegon.com.breuplanejo360.com.brfacebook.com/MongeralAegon[@mongeralaegon](https://twitter.com/mongeralaegon)