Condições
Gerais

DOENÇAS GRAVES INDIVIDUAL

VIDA

SEGUROS Unimed

Prezado(a) Segurado(a),

Primeiramente gostaríamos de parabenizá-lo pela inteligente decisão de contratar o **Seguro de Doenças Graves Individual** e por escolher a Seguros Unimed para ser a Seguradora que irá proteger você.

É com muita satisfação que disponibilizamos a você as Condições Gerais e, se aplicáveis, Condições Especiais e Particulares do Seguro de Doenças Graves Individual que contemplam as coberturas para a sua proteção e ressaltamos a importância da leitura e compreensão das cláusulas que regem este seguro.

A equipe da Seguros Unimed está à disposição para atendê-lo caso tenha qualquer dúvida em relação ao seguro contratado.

Atenciosamente,

Seguros Unimed

Para nós é uma honra tê-lo como cliente, por isso colocamos à disposição para mais esclarecimentos pelos telefones:

Atendimento Nacional: 0800 770 3611
Ouvidoria: 0800 001 2565 ou acesse: www.segurosunimed.com.br/ouvidoria

SUMÁRIO

I. CONDIÇÕES GERAIS 5
1. OBJETIVO DO SEGURO 5
2. DEFINIÇÕES 5
3. COBERTURAS 9
4. RISCOS EXCLUÍDOS 9
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO 12
6. CARÊNCIAS E FRANQUIAS 12
7. ACEITAÇÃO DO PROPONENTE 12
8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO 14
9. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS. 15
10. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS 16
11. DATA E OCORRÊNCIA DO EVENTO 16
12. CAPITAL SEGURADO 17
13. REENQUADRAMENTO DE PRÊMIO EM RAZÃO DA IDADE 17
14. ATUALIZAÇÃO DE VALORES 18
15. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 18
16. BENEFICIÁRIOS 19
17. CESSAÇÃO DA COBERTURA 20
18. CANCELAMENTO DO SEGURO 20
19. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO 21
20. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS 22
21. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA 23
22. ALTERAÇÕES DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO 23
23. PRAZOS PRESCRICIONAIS 23
24. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO 23
25. DISPOSIÇÕES GERAIS 24
26. FORO 24
I. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA: DOENÇAS GRAVES (DG) - COMBO I 25
1. OBJETIVO 25
2. DEFINIÇÃO 25

3. CONCESSÃO DA COBERTURA 25
4. CAPITAIS SEGURADOS 27
II. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DOENÇAS GRAVES (DG) - COMBO II 31
1. OBJETIVO 31
2. DEFINIÇÃO 31
3. CONCESSÃO DA COBERTURA 31
4. CAPITAIS SEGURADOS 35
5. CARÊNCIA 36
6. FRANQUIA 36
7. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 36
8. DISPOSIÇÕES GERAIS 38
III. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: DOENÇAS GRAVES (DG) - COMBO III 39
1. OBJETIVO 39
2. DEFINIÇÃO 39
3. CONCESSÃO DA COBERTURA 39
4. CAPITAIS SEGURADOS 46
5. CARÊNCIA 47
6. FRANQUIA 47
7. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 47
8. DISPOSIÇÕES GERAIS 49
IV. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DOENÇAS GRAVES (DG) - COMBO IV 50
1. OBJETIVO 50
2. DEFINIÇÃO 50
3. CONCESSÃO DA COBERTURA 50
4. CAPITAIS SEGURADOS 59
5. CARÊNCIA 60
6. FRANQUIA 60
7. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 60
8. DISPOSIÇÕES GERAIS 62

I. CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado, ao Segurado Principal, no caso de ocorrer um dos eventos cobertos, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitados os demais itens nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e Proposta de Contratação.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Aceitação do risco** é o ato de aprovação de proposta submetida à Seguradora para a contratação de seguro.

2.2. **Acidente** é o acontecimento imprevisto e involuntário do qual resulta um dano causado ao objeto ou pessoa segurada.

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

2.3.1. Incluem-se nesse conceito:

a) 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;

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

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

2.3.2. Não se incluem nesse conceito:

a) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

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

c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER – Lesão por Esforço Repetitivo ou DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LTC – Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica e pela Portaria/MS Nº 1.339/1999, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.**

d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definida neste item.**

2.4. **Agravamento do Risco** é a circunstância que aumenta a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora.

2.5. **Âmbito Geográfico** é o termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou a extensão na qual o seguro ou a cobertura é válida. Sinônimo: perímetro de cobertura.

2.6. **Ato doloso** ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

2.7. **Ato ilícito** toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

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

2.9. **Aviso de Sinistro** é a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado ou um Representante é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

2.10. **Beneficiário** é pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.11. **Capital Segurado** é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a cobertura deste seguro, estabelecido na Proposta de Contratação. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

2.12. **Carência** é o período, contado a partir da data de início de vigência da cobertura ou da sua reabilitação, no caso de suspensão, durante o qual, em caso de sinistro, a Seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar o Segurado ou os Beneficiários.

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

2.14. Condições Especiais é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

2.15. Condições Gerais é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora e dos Segurados.

2.16. Corretor de Seguros é o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

2.17. Declaração Pessoal de Saúde documento formal integrante da Proposta de Contratação em que o Proponente ou Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde na data de contratação do seguro, omissões podem implicar na recusa ou cancelamento da apólice.

2.18. Doenças, Lesões e Sequelas preexistentes são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo Segurado, antes da contratação do seguro e que sejam de seu conhecimento, não declarados na Declaração Pessoal de Saúde, quando exigida, sob o risco de cancelamento da apólice em caso de omissão.

2.19. Endosso documento expedido pela Seguradora, a pedido do Segurado, durante a vigência da apólice que confirma a aceitação da alteração de dados, condições ou coberturas.

2.20. Endosso de reenquadramento documento expedido pela Seguradora, anualmente, que demonstra os capitais segurados atualizados atém do Prêmio do Seguro recalculado em função da atualização monetária e mudança da idade do Segurado.

2.21. Evento Coberto é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nestas Condições Gerais e nas Especiais.

2.22. Franquia é a quantia fixa, definida na Apólice, que, representa a parte do prejuízo a ser suportado pelo segurado, no caso de sinistro coberto, expressamente prevista na Proposta de Contratação.

2.23. Indenização é o valor que a sociedade Seguradora deve pagar ao Segurado em caso de sinistro coberto.

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

2.25. IPC-A/IBGE é o Índice de Preços ao Consumidor - Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, utilizado para atualização de valores, nas hipóteses previstas nas condições contratuais.

2.26. Má-fé agir de modo contrário à lei ou ao direito de forma proposital.

2.27. Médico Assistente profissional legalmente licenciado para a prática de medicina e que seja o

responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc.). O médico assistente para o Produto de Doenças Graves deverá ser o médico responsável pelo tratamento do evento segurado.

2.28. Nota Técnica Atuarial é o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

2.29. Período de Cobertura período em que o Segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados, em caso de sinistro coberto pelo Seguro.

2.30. Prêmio é valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

2.31. Proponente pessoa física interessada em contratar cobertura(s) de seguro.

2.32. Proposta de Contratação documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente expressa a intenção de contratar uma cobertura, após pleno conhecimento das condições contratuais.

2.33. Regime Financeiro de Repartição Simples é aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados em um período considerado.

2.34. Regulação de Sinistros conjunto de procedimentos para a apuração das causas e circunstâncias que ocasionaram o sinistro que tem por objetivo validar a caracterização do risco.

2.35. Reintegração é a recomposição do Capital Segurado de uma cobertura, na mesma proporção em que foi reduzido em função da ocorrência de um sinistro coberto pela Apólice.

2.36. Risco é a probabilidade de ocorrência de evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

2.37. Risco coberto é o risco previsto no Plano de Seguro que caracterizará a indenização e/ou reembolso.

2.38. Riscos Excluídos são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e nas Especiais, que não serão cobertos pelo seguro.

2.39. Segurado é pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

2.40. Seguradora é a Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela Apólice, mediante recebimento dos respectivos prêmios.

2.41. Sinistro é a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

2.42. Término da vigência é a data final para ocorrência de riscos previstos numa apólice de seguros.

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas disponíveis do **Seguro de Vida Individual – Doenças Graves** dividem-se em quatro combos que cobrem patologias diferentes definidas como cobertura Básica, podendo o Proponente contratar somente um combo de Doenças Graves.

3.1.1. Cobertura Básica:

3.1.1.1. Doenças Graves – Combo I – DG

3.1.1.2. Doenças Graves – Combo II – DG

3.1.1.3. Doenças Graves – Combo III – DG

3.1.1.4. Doenças Graves – Combro IV – DG

3.1.2. O Proponente deverá informar na Proposta de Contratação qual Combo de Doenças Graves pretende contratar, e só poderá ser feita a contratação de um único combo por Segurado.

3.1.3. As Coberturas de Doenças Graves do Combo I ao Combo IV não poderão ser contratadas em conjunto com as Coberturas de Diagnóstico de Câncer Feminino e Diagnóstico de Câncer Masculino que fazem parte do produto Vida Individual Perfilado.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos de todas as coberturas deste Seguro os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência de:

4.1.1. Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como da contaminação radioativa, ou da exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;

4.1.2. Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos humanitários em auxílio de outrem;

4.1.3. Doenças, acidentes ou lesões preexistentes ao início da respectiva cobertura individual de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação, incluindo condições de saúde ou alterações de exames, cuja investigação ou evolução, revele alguma das doenças graves cobertas por este contrato;

4.1.4. **Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice de seguro, ou do aumento do Capital Segurado quanto ao valor aumentado;**

4.1.5. **Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

4.1.6. **Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo;**

4.1.7. **Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, EXCETO quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;**

4.1.8. **Prática por parte do Segurado, dos Beneficiários ou pelo representante de um e de outro, de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo;**

4.1.9. **Choque anafilático e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;**

4.1.10. **Agravamento intencional do risco por parte do Segurado;**

4.1.11. **Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;**

4.1.12. **Doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, exceto as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**

4.1.13. **Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, exceto se decorrentes de acidente coberto;**

4.1.14. **Perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas pela ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, exceto quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente pessoal coberto;**

4.1.15. **Envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**

4.1.16. **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, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe**

médico-científica, exceto por acidentes decorrentes de atos praticados pelo Segurado em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

4.1.17. Acidentes ocorridos em consequência de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade, em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transportes ou de condução de autoridades ou de passageiros, em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, em aeronaves não homologadas, experimentais, excetuando-se os casos de utilização de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

4.1.18. Acidente ocorrido quando o Segurado, não legalmente habilitado, estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo;

4.1.19. Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;

4.1.20. Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto; e

4.1.21. Eventos excluídos do conceito de Acidente Pessoal constante do item 2.3 nestas Condições Gerais

4.1.22. Eventos ocorridos em consequência de doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento prévio do segurado, mesmo que declarados ou não declaradas na Proposta de Contratação;

4.1.23. Todas as doenças decorrentes de acidentes pessoais;

4.1.24. A doença diagnosticada após o falecimento do segurado, não sendo ela originária da causa morte;

4.1.25. Doença cuja evolução natural tenha sido agravada por um traumatismo de causa externa;

4.1.26. Anomalias congênitas, independentemente de quando se manifestem;

4.1.27. Eventos de Neoplasia Maligna (Câncer):

- **Câncer de pele, exceto o melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5mm segundo a classificação de Breslow;**
- **Sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS;**
- **Leucemia Crônica;**
- **Câncer que através de exame histológico tenha classificação igual a T1;**
- **Carcinoma não invasivo (carcinoma "in situ") e qualquer grau de neoplasia intraepitelial cervical (NIC);**
- **Tumores ou lesões descritas como pré-malignas;**
- **Tumores que não demandem tratamento quimioterápico ou radioterápico complementar**

(aqueles que são considerados curados com cirurgia).

4.1.28. Os infartos do miocárdio antigos demonstrados no eletrocardiograma – ECG, toda a angina do peito, incluindo angina estável e instável, angina decúbito e outras síndromes coronarianas estarão expressamente excluídos de infarto;

4.1.29. Comprometimento vascular cerebral seja isquêmico ou hemorrágico decorrente de outras patologias e seus tratamentos, como trauma, tumor cerebral, cirurgias no cérebro (mesmo minimamente invasivas ou endovasculares).

4.2. Além dos riscos acima especificados, estão também excluídos os eventos expressamente mencionados nas Condições Especiais das coberturas adicionais eventualmente contratadas.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

5.1. Este seguro abrange os eventos cobertos, ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre, conforme especificados nas respectivas Condições Especiais.

5.2. As eventuais indenizações serão pagas no Brasil e em moeda corrente nacional.

6. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

6.1. Não haverá carência e franquia para eventos decorrentes de acidente, exceto para a hipótese de suicídio e sua tentativa ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos a contar da adesão do Segurado ao seguro.

6.2. A Seguradora poderá adotar carência para os Combos de Doenças Graves, cujo prazo máximo será de 90 (noventa) dias a contar da adesão do Segurado ao Seguro, não podendo exceder metade do período de vigência do Seguro, e constará na Apólice Individual do Segurado.

6.3. O presente seguro prevê a adoção de franquia, conforme disposto nas respectivas Condições Especiais.

7. ACEITAÇÃO DO PROPONENTE

7.1. Aceitação da Proposta de Contratação.

7.1.1. A contratação somente poderá ser feita mediante proposta de contratação assinada pelo proponente.

7.1.2. A aceitação do Proponente se fará mediante aplicação de um questionário nominado Declaração Pessoal de Saúde, para avaliação das condições de saúde do Proponente, e

ainda, quando a Seguradora julgar necessário, informações financeiras e relatório médico e/ou exames complementares, observadas as especificações do item **7.1.5.**

7.1.3. Somente poderão ser aceitas no seguro as pessoas que na data do preenchimento da Proposta de Contratação estejam em boas condições de saúde e tenham idade dentro dos limites estabelecidos no Produto.

7.1.4. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

7.1.4.1. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da proposta, para aceitá-la ou recusá-la. A recepção da proposta se dará mediante protocolo, fornecido pela Seguradora, com indicação da data e hora do seu recebimento.

7.1.4.2. Para análise da Proposta de Contratação, a Seguradora poderá exigir, **por uma única vez,** a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

7.1.5. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise da proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item **7.1.4.1** ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais. A solicitação de informações adicionais ou de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item **7.1.4.1.** Caso a Seguradora entenda que as informações e documentos enviados não foram o suficiente para a análise do risco, a Proposta de Contratação poderá ser recusada.

7.1.6. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, bem como a justificativa da recusa, será comunicada formalmente, por escrito, ao Proponente, e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de prêmio, eventualmente efetuado, **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, contados da formalização da recusa, deduzido do valor "*pro rata temporis*" a parcela correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPC-A/IBGE, conforme legislação vigente.

7.1.7. As Propostas de Contratação que tenham sido recepcionadas com adiantamento de prêmio, o Proponente terá cobertura entre a data do recebimento da Proposta até a data da formalização da recusa.

7.1.8. O Proponente está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

7.1.10. **Decorrido o prazo acima estipulado sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.**

7.1.11. O efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da proposta, devendo-se observar o disposto no item **7.1.4.1**, nestas Condições Gerais.

7.1.12. A recepção da proposta se dará mediante protocolo, fornecido pela Seguradora, com indicação da data e hora do seu recebimento.

7.1.13. A apólice de seguro não prevê alteração, caso o Segurado tenha intenção de alterar o Combo contratado, este deverá cancelar sua apólice vigente e contratar nova apólice, e preencher nova Declaração de Saúde e então cumprir o prazo de carência determinado no produto.

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1. Vigência da Apólice do Seguro

8.1.1. O prazo de vigência da Apólice será de 05 (cinco) anos.

8.1.2. As Apólices e os Endossos terão seu início e término de vigência conforme regras descritas nos documentos contratuais.

8.1.3. Quando a Proposta de Contratação for recebida juntamente com o valor correspondente ao pagamento de prêmio, o início de vigência se dará a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora até a data da formalização da recusa.

8.1.4. Quando a Proposta de Contratação não for recebida juntamente com o valor correspondente ao pagamento de prêmio, o início de vigência se dará a partir da aceitação da proposta pela Seguradora, ou data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.2. Renovação do Seguro

8.2.1. A Apólice poderá ser renovada, automaticamente, por igual período, exceto se o Segurado, ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou se ocorrer alguma das causas de cancelamento, previstas nestas Condições Gerais.

8.2.2. A renovação automática só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações

posteriores deverá haver manifestação expressa do Segurado e da Seguradora.

8.2.3. Nas renovações posteriores, com manifestação expressa do Segurado, caso a Seguradora não tenha interesse na renovação, deverá comunicar tal fato ao Segurado, mediante aviso prévio por escrito de, no mínimo, 60 (sessenta) dias antes do final de vigência do seguro.

9. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.

9.1 É da responsabilidade do Segurado a quitação, nos prazos contratuais, das respectivas faturas emitidas pela Seguradora

9.1.1. A forma de pagamento poderá ser mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual (à vista) e cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.

9.1.2. Qualquer indenização somente passa a ser devida após o pagamento do prêmio correspondente ao período de cobertura, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para o pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

9.1.3. O recolhimento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado por meio de boleto bancário, débito em conta ou fatura de cartão de crédito, de acordo com a forma de cobrança prevista na Apólice.

9.1.3.1. Nos casos da cobrança do prêmio por meio de cartão de crédito, será responsabilidade do Segurado manter os dados atualizados para lançamento das parcelas para que não ocorra prejuízos à cobertura do seguro em caso de cancelamento ou validade expirada do cartão.

9.1.3.2. Os prêmios do período já decorrido serão cobrados ou abatidos da indenização, sendo devido qualquer prêmio relativo ao período restante de vigência da Apólice.

9.1.3.3. A data limite para pagamento do Prêmio do Seguro não poderá ultrapassar o dia especificado na Apólice de Seguro.

9.1.3.4. Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate do Prêmio do Seguro.

9.1.3.5. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o Prêmio do Seguro recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

9.1.3.6. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas serão deduzidas integralmente do valor da indenização.

10. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

10.1. Decorridos os prazos para quitação do respectivo prêmio, a apólice de seguro será cancelada automaticamente, observadas as condições a seguir:

10.1.1. A falta de pagamento da primeira parcela da apólice ou da parcela única até a data limite para pagamento implicará no cancelamento do seguro desde o início da vigência, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

10.1.2. A falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira no prazo estabelecido na Apólice, acarretará na cobrança da(s) parcela(s) do prêmio devido acrescido de multa e juros de mora ao dia conforme permitido em lei de acordo com o subitem **10.2**. Esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, permanecendo o direito dos Segurados ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto ocorrido durante o período de cobertura.

10.1.3. O prazo para pagamento dessa parcela do prêmio em atraso será de até 70 (setenta) dias corridos do vencimento, passado este prazo o seguro será automaticamente cancelado, conforme disposto no item **10.4**, dessas Condições Gerais.

10.2. Sobre o valor do prêmio em atraso será acrescido uma multa no percentual de 2,0% (dois por cento), mais juros de 0,5% (zero vírgula cinco por cento) ao mês, pro rata temporis.

10.3. Os sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, até a data concedida para pagamento do prêmio em atraso, serão indenizados, mediante o pagamento do(s) prêmio(s) em aberto ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização a ser paga ao(s) Beneficiário(s), com os encargos previstos no item **10.2** nestas Condições Gerais.

10.4. O não pagamento do débito dentro do prazo constante do novo documento de cobrança acarretará o cancelamento automático do Seguro, não sendo permitida a reabilitação das coberturas, sem prejuízo da cobrança, pela Seguradora, dos prêmios não pagos.

11. CANCELAMENTO POR ARREPENDIMENTO DO SEGURADO

11.1. O Segurado poderá desistir do Seguro contratado no prazo de 07 (sete) dias corridos a contar da emissão da apólice, pelo mesmo meio utilizado, para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

11.2. A Seguradora fornecerá ao Segurado a confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo proibida, a partir desse momento qualquer possibilidade de cobrança.

11.3. Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer

título, serão devolvidos, de imediato.

11.4. A devolução que se refere o subitem **11.3** será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do Seguro, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizadas pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

12. DATA E OCORRÊNCIA DO EVENTO

12.1. Considera-se como data do evento, para efeito da(s) cobertura(s) básica(s), a data do diagnóstico da Doença Grave ou data do procedimento coberto.

12.2. Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo seguro, deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora, pelo Corretor, pelo Segurado, seus Dependentes ou por seus Representantes, logo que o saiba, devendo constar da comunicação: a causa do evento, observado o disposto no item **16** nestas Condições Gerais.

13. CAPITAL SEGURADO

13.1. O Capital Segurado do Combo contratado constará na Apólice.

13.2. Para efeitos de apuração do valor a ser pago pela Seguradora em caso de sinistro, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do evento.

13.2.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação de sinistro, para o Combo de Doença Grave contratado, a data do diagnóstico da Doença Grave ou data do procedimento coberto.

14. REENQUADRAMENTO DE PRÊMIO EM RAZÃO DA IDADE

14.1. Além da atualização prevista no item **15.1** destas Condições Gerais, no decorrer do Seguro e suas renovações, os prêmios também serão reenquadrados, anualmente, de acordo com a idade do Segurado, a partir da data do início da nova vigência, se houver renovação do seguro, de acordo com a tabela apresentada.

14.2. A Seguradora reserva-se o direito de exigir, em qualquer tempo, prova satisfatória da idade do Segurado.

14.3. A nova taxa do Seguro será aplicada juntamente com a atualização do Capital Segurado.

14.4. O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar alteração do valor do Capital Segurado, por meio de nova Proposta de Contratação e preenchimento de nova declaração pessoal de saúde, ficando a critério da Seguradora sua aceitação.

15. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

15.1. O Capital Segurado do Combo de Doenças Graves contratado, bem como os respectivos prêmios, serão atualizados anualmente, no aniversário da contratação, segundo a variação positiva do IPC-A/IBGE, apurada nos últimos 12 (doze) meses, imediatamente anteriores a 60 dias da data da atualização. Na falta ou extinção do índice indicado, será considerado como índice substituto o IGPM-FGV.

15.2. Sendo este seguro com vigência de 05 (cinco) anos, a data da atualização, tanto dos Capitais Segurados quanto dos prêmios, coincidirá com a data que completar 12 (doze) meses de vigência.

15.3. Na hipótese de pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os Capitais Segurados serão atualizados pelo IPC-A/IBGE até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

16. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

16.1. Observado o disposto no item **11,** nestas Condições Gerais, para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento/sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora adotar, quando julgar necessária, quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato gerador.

16.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, exceto as diretamente realizadas pela Seguradora.

16.2.1. Eventuais despesas com tradução necessárias à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.

16.3. Em caso de acidente, o Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para sua cura completa.

16.4. O pagamento do Capital Segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado em parcela única em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos básicos relacionados abaixo e nas Condições Especiais, observado o disposto no item **16.7** e seguintes, nestas Condições Gerais:

a) Aviso de Sinistro, contendo Declaração do Médico Assistente, indicando a data e a causa do evento;

b) Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência do Segurado sinistrado;

c) Cópia dos Exames e laudos médicos;

d) Autorização de pagamento de indenização devidamente preenchido.

16.5. Para as coberturas contratadas, além dos documentos descritos no item **16.4** nestas Condições Gerais, deverão ser apresentados:

16.5.1. Para a cobertura Doenças Graves:

a) Declaração médica emitida por médico assistente habilitado e especialista na patologia, acompanhado do histórico da patologia.

b) Diagnóstico conclusivo e exames pertinentes ao Segurado, que conste qualquer doença ou procedimento, relacionado nas condições especiais.

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

16.7. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

16.8. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, não relacionados nesta Cláusula, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item **16.4** será suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

16.9. Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item **16.4**, a Seguradora pagará o valor da indenização se devida, acrescido de:

16.9.1. Juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, contados a partir da mora, ou seja, da data em que o pagamento da indenização se tornou devido;

16.9.2. Multa de 2% (dois por cento);

16.9.3. Atualização monetária pela variação positiva do IPC-A/IBGE, aplicada a partir da data do evento coberto, variação esta apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação;

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

17. BENEFICIÁRIOS

17.1. O Segurado será sempre o único beneficiário do seguro.

18. CESSAÇÃO DA COBERTURA

18.1. A cobertura do Segurado cessará:

18.1.1. Com o cancelamento ou com o final de vigência sem renovação da Apólice celebrada entre Segurado e Seguradora;

18.1.2. Quando o Segurado solicitar o cancelamento da Apólice, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias, no mínimo;

18.1.3. A Seguradora poderá solicitar o cancelamento da Apólice Individual do Segurado, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias, no mínimo;

18.1.4. Caso o Segurado seja diagnosticado com alguma das Doenças Graves cobertas por este Seguro ou realize algum dos procedimentos médicos, o que ocorrer primeiro;

18.1.5. Automaticamente, se o Segurado, seus Representantes ou Dependentes agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade, durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;

18.1.6. Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro, por parte do Segurado ou seus Representantes;

18.1.7. Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item **19** nestas Condições Gerais;

18.1.8. Por falta de pagamento das parcelas, de acordo com os critérios estabelecidos no item **10.1.2.**

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. A Apólice não poderá ser cancelada durante a vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

19.2. A Apólice poderá ser cancelada, pela Seguradora, durante a vigência:

19.2.1. Por solicitação, por escrito, do Segurado;

19.2.2. Automaticamente com a morte do Segurado;

19.2.3. Automaticamente quando o Segurado receber a indenização de qualquer uma das patologias relacionadas nos Combos I ao IV.

19.2.4. Automaticamente se o Segurado, seus representantes legais ou dependentes agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade, durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;

19.2.5. Automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas nas Condições Contratuais, por parte do Segurado ou representantes legais, inclusive quanto ao pagamento do Prêmio do Seguro;

19.2.6. Automaticamente se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;

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

19.2.8. Por falta de pagamento dos prêmios, observado o disposto no item **10** nestas Condições Gerais.

19.2.9. Por mútuo acordo entre Seguradora e o Segurado.

20. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

20.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, ficando o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido, caso haja por parte do Segurado, do seu Corretor ou dos seus representantes:

20.1.1. Inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro que tenha influenciado na aceitação do seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro;

20.1.2. Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;

20.1.3. Dolo, fraude ou tentativa de fraude, simulação ou culpa grave, ou falta ao dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro, para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado tentar obter vantagem indevida com o sinistro;

20.1.4. Inobservância do artigo 768, do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto da apólice; e

20.1.5. Não fornecimento da documentação solicitada.

20.2. A Seguradora não pagará qualquer indenização, ainda, se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames, diligências ou perícias, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.

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

20.4. É obrigação do Segurado comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de

agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito da cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

20.4.1. Em caso de agravamento do risco, a Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento da comunicação, manifestar ao Segurado, conforme o caso, por escrito, sua intenção de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

20.4.2. O cancelamento do seguro, referido no subitem **20.4.1,** se dará 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora ao Segurado, conforme o caso, devolvendo, se houver a diferença do prêmio proporcional ao período a decorrer.

20.5. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, referidas no item **20.1**, não resultarem de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

20.5.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

20.5.2. 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, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

21. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

21.1. O Segurado autoriza expressamente a Seguradora a obter, a qualquer tempo, por intermédio de seu Departamento Médico, informações e documentação acerca do evento ou do atendimento a ele prestado, mesmo que ocorrido anteriormente à contratação do seguro. Autoriza, ainda, a Seguradora a utilizar, em qualquer época, as declarações por ele prestadas, no amparo e na defesa dos direitos daquela, sem caracterizar ofensa ao sigilo profissional.

21.1.1. Para que a Seguradora obtenha as informações e documentações acerca do evento ou atendimento prestado ao Segurado, e também informações e documentações anteriores a contratação do seguro, necessárias à elucidação de qualquer assunto que se relacione com o presente seguro, inclusive dados sobre a evolução de qualquer lesão ou patologia, o Segurado dispensa médicos, clínicas e hospitais de qualquer dever de sigilo profissional.

22. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

22.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, 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.

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

22.1.2. 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.

23. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

23.1. Qualquer alteração na Apólice, somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Segurado, seu Representante ou por Corretor de seguros habilitado.

23.1.1. Qualquer alteração no Seguro, durante a sua vigência, ou na renovação, que implicar em redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa do Segurado e deverá ser realizada por endosso.

23.2. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre Seguradora e Segurado.

23.3. Nenhuma alteração será válida se não for feita por escrito.

24. PRAZOS PRESCRICIONAIS

Qualquer direito do Segurado, relativos a este seguro, prescrevem nos prazos previstos em lei, estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

25. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO

A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Corretor, dependerão de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais, as Especiais e a Apólice, bem como a Nota Técnica Atuarial submetida à SUSEP e as normas deste seguro.

26. COMUNICAÇÃO

O **SEGURADO** está ciente e de acordo que quaisquer comunicações, declarações, intimações e avisos

oriundos desta contratação**,** poderão ser efetuados, a critério exclusivo da **SEGURADORA,** ao **SEGURADO,** pela própria **SEGURADORA,** ou qualquer terceiro por ela contratado para este fim, por meio de correspondência, bem como através de outros meios, inclusive eletrônicos, tais como: e-mail, SMS, whatsapp ou quaisquer outros serviços de mensageria, que sejam disponibilizados/utilizados pela **SEGURADORA** para este fim.

27. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

27.2. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

27.3. 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.

27.4. Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate do Prêmio do Seguro.

27.5. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.

28. FORO

28.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, para o processamento de quaisquer questões judiciais entre o Segurado e a Seguradora.

28.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item **28.1.**

I. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA: DOENÇAS GRAVES (DG) - COMBO I

1. OBJETIVO

1.1. A presente cobertura, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado ao próprio Segurado, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas contratada para fins deste Seguro, desde que o diagnóstico ou procedimento ocorra durante a vigência do seguro, e após o período de carência, ressalvados os riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da Apólice.

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 procedimento realizado, 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**.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Consideram-se como doenças graves, e procedimentos cobertos, **exclusivamente** os especificados nesta Condição Especial.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

3.1. Estão cobertas, **única e exclusivamente**, as doenças e procedimentos abaixo relacionados e caracterizados, 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.

3.2. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

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

3.2.2. Riscos Cobertos: Os Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo **e que necessitem de tratamento com quimioterapia, imunoterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos**.

3.2.3. RISCOS EXCLUÍDOS:

a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
b) Todos os cânceres não invasivos (in situ) e os classificados como T1 no exame histopatológico e/ou que sejam curados com a excisão cirúrgica sem necessidade de tratamento complementar, tais como: quimioterápico, radioterápico ou imunoterápico;
c) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
d) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual, ou lesão de conhecimento do Segurado, em controle ou investigação para degeneração maligna, mesmo que declarada ou omitida na Declaração Pessoal de Saúde;
e) Qualquer neoplasia benigna, exceto no sistema nervoso central, hipertensão intracraniana com necessidade de tratamento complementar;
f) Carcinoma microinvasivo da mama;
g) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma, desde que demande tratamento complementar ao tratamento cirúrgico);
i) Hormonioterapia exclusiva, exceto as paliativas e doenças avançadas.

3.3. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

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

3.3.3. Riscos Excluídos: Ataques isquêmicos transitórios (AIT); qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante do comprometimento vascular cerebral seja isquêmico ou hemorrágico, decorrente de outras patologias e seus tratamentos, como trauma, tumor cerebral, cirurgias no cérebro (mesmo minimamente invasivas ou endovasculares).

3.4. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

3.4.1. 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.

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

3.4.3. Riscos Excluídos: O Infarto Agudo do Miocárdio, decorrente de patologias pré-existentes à contratação da apólice, como insuficiência coronariana.

3.5. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

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

3.5.2. 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.

3.5.3. Riscos Excluídos:

a) **Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem 3.5.2;**
b) **Transplante de tecido;**
c) **Autotransplante;**
d) **Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão, quando o segurado (receptor) não apresente insuficiência plena do referido órgão;**
e) **Colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando a colocação de coração humano no futuro;**
f) **Transplante indicados por falência do órgão decorrente de patologias pré-existentes à contratação da apólice;**
g) **Transplante de quaisquer órgãos não-humanos, mesmo que declarados e independente de não haver insuficiência da região, quando da contratação da apólice.**

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. 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 um procedimento coberto, 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.

4.1.1. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Doenças Graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

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

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

4.4. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames conforme descrito em cada item das doenças e procedimentos.

5. CARÊNCIA

5.1. 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.

6. FRANQUIA

6.1. A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de franquia previsto na respectiva cobertura, sendo aplicado o prazo geral de 30 (trinta) dias de franquia na inexistência de prazo específico na respectiva cobertura. A franquia é caracterizada pelo período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para acionamento do seguro (aviso de sinistro).

7. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

7.1. Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade do Segurado, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

7.1.1. Os valores indicados correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Doenças Graves – Combo I, de acordo com a idade e o sexo do segurado.

X (IDADE DO SEGURADO)	% MÁXIMO DE REENQUADRAMENTO	
	DG COMBO I	
	Masculino	Feminino
18 anos	1,0%	5,6%
19 anos	1,0%	5,3%
20 anos	1,0%	5,0%
21 anos	5,8%	16,9%
22 anos	5,5%	14,5%
23 anos	5,2%	12,7%
24 anos	4,9%	11,2%
25 anos	4,7%	10,1%
26 anos	4,5%	9,2%
27 anos	4,3%	8,4%
28 anos	4,1%	7,8%
29 anos	3,9%	7,2%
30 anos	3,8%	6,7%
31 anos	17,7%	11,6%
32 anos	15,1%	10,4%
33 anos	13,1%	9,4%
34 anos	11,6%	8,6%
35 anos	10,4%	7,9%
36 anos	9,4%	7,4%
37 anos	8,6%	6,9%
38 anos	7,9%	6,4%
39 anos	7,3%	6,0%
40 anos	6,8%	5,7%
41 anos	18,3%	7,6%
42 anos	15,5%	7,0%
43 anos	13,4%	6,6%
44 anos	11,8%	6,2%
45 anos	10,6%	5,8%
46 anos	9,6%	5,5%
47 anos	8,7%	5,2%
48 anos	8,0%	5,0%
49 anos	7,4%	4,7%
50 anos	6,9%	4,5%
51 anos	9,7%	4,9%
52 anos	8,9%	4,7%
53 anos	8,2%	4,5%
54 anos	7,5%	4,3%
55 anos	7,0%	4,1%

56 anos	6,5%	3,9%
57 anos	6,1%	3,8%
58 anos	5,8%	3,7%
59 anos	5,5%	3,5%
60 anos	5,2%	3,4%
61 anos	3,5%	2,6%
62 anos	3,4%	2,5%
63 anos	3,3%	2,5%
64 anos	3,2%	2,4%
65 anos	3,1%	2,3%
66 anos	3,0%	2,3%
67 anos	2,9%	2,2%
68 anos	2,8%	2,2%
69 anos	2,7%	2,1%
70 anos	2,7%	2,1%
71 anos	2,6%	4,7%
72 anos	2,6%	4,5%
73 anos	2,5%	4,3%
74 anos	2,4%	4,1%
75 anos	2,4%	4,0%
76 anos	2,3%	3,8%
77 anos	2,3%	3,7%
78 anos	2,2%	3,5%
79 anos	2,2%	3,4%
80 anos	2,1%	3,3%
A partir de 81 anos, a cada renovação.	8,0%	8,00%

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

II. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DOENÇAS GRAVES (DG) - COMBO II

1. OBJETIVO

1.1. A presente cobertura, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado ao próprio Segurado, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas contratada para fins deste Seguro, desde que o diagnóstico ou procedimento ocorra durante a vigência do seguro, e após o período de carência, ressalvados os riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da Apólice.

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 procedimento realizado, 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**.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Consideram-se como doenças graves e procedimentos cobertos exclusivamente os especificados nesta condição especial.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

3.1. Estão cobertas, **única e exclusivamente**, as doenças e procedimentos 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.

3.2. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

3.2.1. 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).

3.2.2. Riscos Cobertos: Os Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo **e que necessitem de tratamento com quimioterapia, imunoterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos**.

3.2.3. RISCOS EXCLUÍDOS:

a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
b) Todos os cânceres não invasivos (in situ), classificados como T1 no exame histopatológico e/ou que sejam curados com a excisão cirúrgica sem necessidade de tratamento complementar, tais como: quimioterápico, radioterápico ou imunoterápico;
c) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
d) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual, ou lesão de conhecimento do Segurado, em controle ou investigação para degeneração maligna omitida na Declaração Pessoal de Saúde;
e) Qualquer neoplasia benigna;
f) Carcinoma microinvasivo da mama;
g) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma, desde que demande tratamento complementar ao tratamento cirúrgico);
i) Hormonioterapia.

3.3. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

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

3.3.3. Riscos Excluídos: Ataques isquêmicos transitórios (AIT); qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante do comprometimento vascular cerebral seja isquêmico ou hemorrágico, decorrente de outras patologias e seus tratamentos, como trauma, tumor cerebral, cirurgias no cérebro (mesmo minimamente invasivas ou endovasculares).

3.4. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

3.4.1. 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.

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

3.4.3. Riscos Excluídos: O Infarto Agudo do Miocárdio, decorrente de patologias pré-existentes à contratação da apólice, como insuficiência coronariana.

3.5. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

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

3.5.2. 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.

3.5.3. Riscos Excluídos:

a) **Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem 3.5.2;**
b) **Transplante de tecido;**
c) **Autotransplante;**
d) **Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão, quando o segurado (receptor) não apresente insuficiência plena do referido órgão;**
e) **Colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando a colocação de coração humano no futuro;**
f) **Transplante indicados por falência do órgão decorrente de patologias pré-existentes à contratação da apólice;**
g) **Transplante de quaisquer órgãos não-humanos, mesmo que declarados e independente de não haver insuficiência da região, quando da contratação da apólice.**

3.6. ALZHEIMER

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

3.6.2. Riscos Cobertos: Diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer que deverá atender os seguintes critérios:

- Perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais

(planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social;
- Alteração de personalidade;
- Início gradual e declínio progressivo da função cognitiva;
- Ausência de distúrbio da consciência;
- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (ex: tomografia);
- A doença terá de exigir supervisão 24 horas de terceiros. O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão constante devem ser comprovadas por meio de laudo médico emitido por médico especialista ou junta médica.

3.6.3. Riscos Excluídos: Outras formas de demência devido perturbações cerebrais ou sistêmicas ou devido a doenças psiquiátricas.

3.7. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

3.7.1. Conceito: estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

3.7.2. Riscos Cobertos: As doenças renais crônicas tratadas com diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal, por período superior a 06 (seis) meses.

3.7.3. Riscos Excluídos: Doenças renais que não necessitem de tratamento com diálise ou hemodiálise, ou necessitem do tratamento somente pelo período inferior a 06 (seis) meses, com recuperação posterior da função renal. Doença renal crônica decorrente de patologias pré-existentes não declaradas.

3.8. DIAGNÓSTICO DE SURDEZ

3.8.1. Conceito: É a perda total ou profunda (acima de 95 Db NA) e irreversível da audição em ambos os ouvidos.

3.8.2. Risco Coberto: Quando a perda auditiva ocorre acima de 95 dB. Perda irreversível, total ou profunda, da audição de ambos os ouvidos, causada por doença, exceto se decorrentes de doenças do sistema nervoso central. O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, feito por médico otorrinolaringologista e evidenciado por exames audiológicos específicos (audiograma, BERA - Audiometria de Tronco Cerebral, emissão oto-acústica), obedecendo ao critério relacionado a seguir:

a) Limiares auditivos sensório-neurais maiores ou iguais a 95 Db (decibéis) em ambas as orelhas, aferidos por audiograma, simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz.

3.8.3. Riscos Excluídos: Surdez de origem central (sistema nervoso central), e déficit auditivo pré-existente a contratação do Seguro.

3.9. CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDIA COM IMPLANTE DE PONTE(S) VASCULARE(S) NAS ARTÉRIAS CORONARIANAS (BYPASS)

3.9.1. Conceito: Realização de cirurgia cardíaca, 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).

3.9.2. Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas como toracotomia.

3.9.3. Riscos Excluídos: Angioplastias, outros procedimentos intra-arteriais e cirurgia por toracotomia mínima ou colocação de Stent. Insuficiência coronariana crônica e já de conhecimento do Segurado e não declarada na contratação da Apólice de Seguro.

3.10. DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA

3.10.1. Conceito: Ocorrência de cegueira legal decorrente de doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual 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.

3.10.2. Riscos Cobertos: Diagnóstico de Cegueira devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

3.10.3. Riscos Excluídos: Está excluído a cegueira decorrente de patologias pré-existentes à contratação da apólice.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. 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 um procedimento coberto, 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.

4.1.1. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Doenças Graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

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

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

4.4. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames conforme descrito em cada item das doenças e procedimentos.

5. CARÊNCIA

5.1. 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.

6. FRANQUIA

6.1. A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de franquia previsto na respectiva cobertura, sendo aplicado o prazo geral de 30 (trinta) dias de franquia na inexistência de prazo específico na respectiva cobertura. A franquia é caracterizada pelo período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para acionamento do seguro (aviso de sinistro).

7. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

7.1. Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

7.1.1. Os valores indicados correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Doenças Graves – Combo II, de acordo com a idade e o sexo do Segurado.

X (IDADE DO SEGURADO)	% MÁXIMO DE REENQUADRAMENTO DG COMBO II	
	Masculino	Feminino
18 anos	0,3%	5,8%
19 anos	0,3%	5,5%
20 anos	0,3%	5,2%
21 anos	7,5%	15,0%
22 anos	7,0%	13,1%
23 anos	6,5%	11,6%
24 anos	6,1%	10,4%
25 anos	5,8%	9,4%
26 anos	5,4%	8,6%
27 anos	5,2%	7,9%
28 anos	4,9%	7,3%
29 anos	4,7%	6,8%
30 anos	4,5%	6,4%
31 anos	16,0%	11,0%
32 anos	13,8%	9,9%
33 anos	12,1%	9,0%
34 anos	10,8%	8,3%
35 anos	9,8%	7,6%
36 anos	8,9%	7,1%
37 anos	8,2%	6,6%
38 anos	7,5%	6,2%
39 anos	7,0%	5,8%
40 anos	6,6%	5,5%
41 anos	17,5%	7,5%
42 anos	14,9%	7,0%
43 anos	13,0%	6,5%
44 anos	11,5%	6,1%
45 anos	10,3%	5,8%
46 anos	9,3%	5,5%
47 anos	8,5%	5,2%
48 anos	7,9%	4,9%
49 anos	7,3%	4,7%
50 anos	6,8%	4,5%
51 anos	9,7%	5,2%
52 anos	8,9%	4,9%
53 anos	8,2%	4,7%

54 anos	7,5%	4,5%
55 anos	7,0%	4,3%
56 anos	6,6%	4,1%
57 anos	6,1%	3,9%
58 anos	5,8%	3,8%
59 anos	5,5%	3,7%
60 anos	5,2%	3,5%
61 anos	4,1%	3,3%
62 anos	3,9%	3,2%
63 anos	3,8%	3,1%
64 anos	3,6%	3,0%
65 anos	3,5%	2,9%
66 anos	3,4%	2,8%
67 anos	3,3%	2,8%
68 anos	3,2%	2,7%
69 anos	3,1%	2,6%
70 anos	3,0%	2,5%
71 anos	4,5%	8,0%
72 anos	4,3%	7,4%
73 anos	4,1%	6,9%
74 anos	3,9%	6,5%
75 anos	3,8%	6,1%
76 anos	3,6%	5,7%
77 anos	3,5%	5,4%
78 anos	3,4%	5,1%
79 anos	3,3%	4,9%
80 anos	3,2%	4,7%
A partir de 81 anos, a cada renovação.	8,00%	8,00%

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

III. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DOENÇAS GRAVES (DG) - COMBO III

1. OBJETIVO

1.1. A presente cobertura, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado ao próprio Segurado, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas contratada para fins deste Seguro, desde que o diagnóstico ou procedimento ocorra durante a vigência do seguro, e após o período de carência, ressalvados os riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da Apólice.

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 procedimento realizado, 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**.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Consideram-se como doenças graves e procedimentos cobertos exclusivamente os especificados nesta condição especial.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

3.1. Estão cobertas, **única e exclusivamente**, as doenças e procedimentos 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.

3.2. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

3.2.1. 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).

3.2.2. Riscos Cobertos: Os Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo **e que necessitem de tratamento com quimioterapia, imunoterapia, radioterapia**

ou tratamentos paliativos.

3.2.3. RISCOS EXCLUÍDOS:

a) **Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;**
b) **Todos os cânceres não invasivos (in situ), classificados como T1 no exame histopatológico e/ou que sejam curados com a excisão cirúrgica sem necessidade de tratamento complementar, tais como: quimioterápico, radioterápico ou imunoterápico;**
c) **Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;**
d) **Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual, ou lesão de conhecimento do Segurado, em controle ou investigação para degeneração maligna omitida na Declaração Pessoal de Saúde;**
e) **Qualquer neoplasia benigna;**
f) **Carcinoma microinvasivo da mama;**
g) **Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;**
h) **Câncer de Pele (exceto o Melanoma, desde que demande tratamento complementar ao tratamento cirúrgico);**
i) **Hormonioterapia.**

3.3. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

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

3.3.3. Riscos Excluídos: Ataques isquêmicos transitórios (AIT); qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante do comprometimento vascular cerebral seja isquêmico ou hemorrágico, decorrente de outras patologias e seus tratamentos, como trauma, tumor cerebral, cirurgias no cérebro (mesmo minimamente invasivas ou endovasculares).

3.4. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

3.4.1. 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.

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

3.4.3. Riscos Excluídos: O Infarto Agudo do Miocárdio, decorrente de patologias pré-existentes à contratação da apólice, como insuficiência coronariana.

3.5. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

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

3.5.2. 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.

3.5.3. Riscos Excluídos:

a) **Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem 3.5.2;**
b) **Transplante de tecido;**
c) **Autotransplante;**
d) **Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão, quando o segurado (receptor) não apresente insuficiência plena do referido órgão;**
e) **Colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando a colocação de coração humano no futuro;**
f) **Transplantes indicados por falência do órgão decorrente de patologias pré-existentes à contratação da apólice;**
g) **Transplante de quaisquer órgãos não-humanos, mesmo que declarados e independente de não haver insuficiência da região, quando da contratação da apólice.**

3.6. ALZHEIMER

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

3.6.2. Riscos Cobertos: Diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer que deverá atender os seguintes critérios:

- Perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais (planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social;
- Alteração de personalidade;
- Início gradual e declínio progressivo da função cognitiva;
- Ausência de distúrbio da consciência;
- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (ex: tomografia);
- A doença terá de exigir supervisão 24 horas de terceiros. O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão constante devem ser comprovadas por meio de laudo médico emitido por médico especialista ou junta médica.

3.6.3. Riscos Excluídos: Outras formas de demência devido perturbações cerebrais ou sistêmicas ou devido a doenças psiquiátricas.

3.7. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

3.7.1. Conceito: estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

3.7.2. Riscos Cobertos: As doenças renais crônicas tratadas com diálise peritoneal, hemodiálise por período superior a 06 (seis) meses e/ou transplante renal.

3.7.3. Riscos Excluídos: Doenças renais que não necessitem de tratamento com diálise ou hemodiálise, ou necessitem do tratamento por período inferior a 06 (seis) meses, com recuperação posterior da função renal.

3.8. DIAGNÓSTICO DE SURDEZ

3.8.1. Conceito: É a perda total ou profunda (acima de 95 Db NA) e irreversível da audição em ambos os ouvidos.

3.8.2.Risco Coberto: Quando a perda auditiva ocorre acima de 95 Db. Perda irreversível, total ou profunda, da audição de ambos os ouvidos, causada por doença, exceto se decorrentes de doenças do sistema nervoso central. O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, feito por médico otorrinolaringologista e evidenciado por exames audiológicos específicos (audiograma, BERA - Audiometria de Tronco Cerebral, emissão oto-acústica), obedecendo ao critério relacionado a seguir:

a) Limiares auditivos sensório-neurais maiores ou iguais a 95 Db (decibéis) em ambas as orelhas, aferidos por audiograma, simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz.

3.8.3. Riscos Excluídos: Surdez de origem central (sistema nervoso central), e déficit auditivo pré-existente a contratação do Seguro.

3.9. CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDIA COM IMPLANTE DE PONTE(S) VASCULARE(S) NAS ARTÉRIAS CORONARIANAS (BYPASS)

3.9.1. Conceito: Realização de cirurgia cardíaca, 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).

3.9.2. Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas como toracotomia.

3.9.3. Riscos Excluídos: Angioplastias, outros procedimentos intra-arteriais e cirurgia por toracotomia mínima ou colocação de Stent. Insuficiência coronariana crônica e já de conhecimento do Segurado e não declarada na contratação da Apólice de Seguro.

3.10. DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA

3.10.1. Conceito: Ocorrência de cegueira legal decorrente de doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual 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.

3.10.2. Riscos Cobertos: Diagnóstico de Cegueira devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

3.10.3. Riscos Excluídos: Está excluído a cegueira decorrente de patologias pré-existentes à contratação da apólice.

3.11. SEQUELA DA FUNÇÃO PULMONAR POR EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

3.11.1. Conceito: TEP 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.

3.11.2. Riscos Cobertos: Embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória, após o tratamento do evento agudo, comprovada com exames específicos.

3.11.3. Riscos Excluídos: Eventos decorrentes de patologias pré-existentes a contratação da apólice, que predisponham ao tromboembolismo, como trombofilia, SAF – Síndrome do anticorpo antifosfolipídeo, trombose venosa profunda, e outras.

3.12. ESCLEROSE MÚLTIPLA

3.12.1. 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.

3.12.2. Riscos Cobertos: Esclerose múltipla devidamente comprovada com exames específicos e laudos médico complementares.

3.12.3. Riscos Excluídos: Doença na fase inicial ou que esteja em remissão (sem sintomas), Neuromielite ótica e/ou outros sintomas neurológicos sugestivos de esclerose múltipla antes da contratação da apólice.

3.13. PARALISIA DE MEMBROS

3.13.1. 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 doença.

3.13.2. Riscos Cobertos: Paralisia de membros devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

3.13.3. Riscos Excluídos: Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta e/ou relacionados a perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

3.14. DOENÇA DE PARKINSON

3.14.1. 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).

3.14.2. Riscos Cobertos: 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, Tabela YAHR.

3.14.3. Riscos Excluídos: Fase inicial da Doença de Parkinson e os quadros de Doenças de Parkinson consequentes a acidentes ou dependência química do Segurado.

3.15. PERDA DA FALA

3.15.1. Conceito: Perda total e irreversível da capacidade de falar causada por doença que afete diretamente a laringe ou os seus nervos, comprometendo a função das pregas vocais, estabelecida por um período contínuo de 06 (seis) meses.

3.15.2. Riscos Cobertos: Por perda total, ou afasia, entende-se a incapacidade total de emissão de palavras compreensíveis. Por perda irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 180 (cento e oitenta) dias após a data do diagnóstico.

3.15.3. Riscos Excluídos: As causas psiquiátricas são excluídas. O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (otorrinolaringologista ou cirurgião de cabeça e pescoço) e embasado por exames especializados.

3.16. QUEIMADURAS GRAVES (3º GRAU)

3.16.1. Conceito: Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 30% (trinta por cento) da área da superfície do corpo do Segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado por um

especialista e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.

3.16.2. Riscos Excluídos: Queimaduras decorrentes de autoagressão.

3.17. CIRURGIA DA AORTA

3.17.1. Conceito: Cirurgia convencional que visa corrigir qualquer doença da artéria aorta por excisão de uma parte doente desta artéria e substituição por enxerto. Estará coberta exclusivamente a cirurgia da artéria aorta em sua porção torácica e abdominal, excluindo-se todos seus ramos. A cirurgia deve ser indicada por cirurgião cardíaco ou vascular, respaldado por exames complementares apropriados.

3.17.2. Riscos Excluídos: Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Tratamento endovascular de aneurisma da artéria aorta (endoprótese);
b) Cirurgias ou procedimentos em ramos da artéria aorta;
c) Doença ou condição pré-existente que predisponha a patologia, como síndrome de Marfan.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. 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 um procedimento coberto, 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.

4.1.1. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Doenças Graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

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

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

4.4. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames conforme descrito em cada item das doenças e procedimentos.

5. CARÊNCIA

5.1. 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.

6. FRANQUIA

6.1. A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de franquia previsto na respectiva cobertura, sendo aplicado o prazo geral de 30 (trinta) dias de franquia na inexistência de prazo específico na respectiva cobertura. A franquia é caracterizada pelo período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para acionamento do seguro (aviso de sinistro).

7. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

7.1. Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

7.1.1. Os valores indicados correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Doenças Graves – Combo III, de acordo com a idade e o sexo do Segurado.

X (IDADE DO SEGURADO)	% MÁXIMO DE REENQUADRAMENTO DG COMBO III	
	Masculino	Feminino
18 anos	2,4%	6,3%
19 anos	2,3%	6,0%
20 anos	2,3%	5,6%
21 anos	7,0%	13,1%
22 anos	6,5%	11,6%
23 anos	6,1%	10,4%
24 anos	5,8%	9,4%
25 anos	5,5%	8,6%
26 anos	5,2%	7,9%
27 anos	4,9%	7,3%
28 anos	4,7%	6,8%

29 anos	4,5%	6,4%
30 anos	4,3%	6,0%
31 anos	13,4%	10,2%
32 anos	11,8%	9,3%
33 anos	10,6%	8,5%
34 anos	9,6%	7,8%
35 anos	8,7%	7,3%
36 anos	8,0%	6,8%
37 anos	7,4%	6,3%
38 anos	6,9%	6,0%
39 anos	6,5%	5,6%
40 anos	6,1%	5,3%
41 anos	16,7%	7,9%
42 anos	14,3%	7,4%
43 anos	12,5%	6,9%
44 anos	11,1%	6,4%
45 anos	10,0%	6,0%
46 anos	9,1%	5,7%
47 anos	8,3%	5,4%
48 anos	7,7%	5,1%
49 anos	7,2%	4,9%
50 anos	6,7%	4,6%
51 anos	10,3%	5,8%
52 anos	9,4%	5,5%
53 anos	8,6%	5,2%
54 anos	7,9%	5,0%
55 anos	7,3%	4,7%
56 anos	6,8%	4,5%
57 anos	6,4%	4,3%
58 anos	6,0%	4,1%
59 anos	5,7%	4,0%
60 anos	5,4%	3,8%
61 anos	5,3%	4,3%
62 anos	5,0%	4,2%
63 anos	4,8%	4,0%
64 anos	4,6%	3,8%
65 anos	4,4%	3,7%
66 anos	4,2%	3,6%
67 anos	4,0%	3,4%
68 anos	3,9%	3,3%
69 anos	3,7%	3,2%

70 anos	3,6%	3,1%
71 anos	5,3%	8,1%
72 anos	5,0%	7,5%
73 anos	4,8%	7,0%
74 anos	4,6%	6,5%
75 anos	4,4%	6,1%
76 anos	4,2%	5,8%
77 anos	4,0%	5,4%
78 anos	3,9%	5,2%
79 anos	3,7%	4,9%
80 anos	3,6%	4,7%
A partir de 81 anos, a cada renovação.	8,00%	8,00%

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

IV. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DOENÇAS GRAVES (DG) - COMBO IV

1. OBJETIVO

1.1. A presente cobertura, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado ao próprio Segurado, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas contratada para fins deste Seguro, desde que o diagnóstico ou procedimento ocorra durante a vigência do seguro, e após o período de carência, ressalvados os riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da Apólice.

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 procedimento realizado, 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**.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Consideram-se como doenças graves e procedimentos cobertos exclusivamente os especificados nesta condição especial.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

3.1. Estão cobertas, **única e exclusivamente**, as doenças e procedimentos abaixo relacionados e caracterizados, 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.

3.2. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

3.2.1. 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).

3.2.2. Riscos Cobertos: Os Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo **e que necessitem de tratamento com quimioterapia, imunoterapia, radioterapia**

ou tratamentos paliativos.

3.2.3. RISCOS EXCLUÍDOS:

a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
b) Todos os cânceres não invasivos (in situ), classificados como T1 no exame histopatológico e/ou que sejam curados com a excisão cirúrgica sem necessidade de tratamento complementar, tais como: quimioterápico, radioterápico ou imunoterápico;
c) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
d) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual, ou lesão de conhecimento do Segurado, em controle ou investigação para degeneração maligna omitida na Declaração Pessoal de Saúde;
e) Qualquer neoplasia benigna;
f) Carcinoma microinvasivo da mama;
g) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma, desde que demande tratamento complementar ao tratamento cirúrgico);
i) Hormonioterapia.

3.3. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

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

3.3.3. Riscos Excluídos: Ataques isquêmicos transitórios (AIT); qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante do comprometimento vascular cerebral seja isquêmico ou hemorrágico, decorrente de outras patologias e seus tratamentos, como trauma, tumor cerebral, cirurgias no cérebro (mesmo minimamente invasivas ou endovasculares).

3.4. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

3.4.1. 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.

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

3.4.3. Riscos Excluídos: O infarto Agudo do Miocárdio, decorrente de patologias pré-existentes à contratação da apólice, como insuficiência coronariana.

3.5. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

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

3.5.2. 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.

3.5.3. Riscos Excluídos:

a) **Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem 3.5.2;**
b) **Transplante de tecido;**
c) **Autotransplante;**
d) **Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão, quando o segurado (receptor) não apresente insuficiência plena do referido órgão;**
e) **Colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando a colocação de coração humano no futuro;**
f) **Transplantes indicados por falência do órgão decorrente de patologias pré-existentes à contratação da apólice**
g) **Transplante de quaisquer órgãos não-humanos, mesmo que declarados e independente de não haver insuficiência da região, quando da contratação da apólice.**

3.6. ALZHEIMER

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

3.6.2. Riscos Cobertos: Diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer que deverá atender os seguintes critérios:

- Perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais

(planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social;
- Alteração de personalidade;
- Início gradual e declínio progressivo da função cognitiva;
- Ausência de distúrbio da consciência;
- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (ex: tomografia);
- A doença terá de exigir supervisão 24 horas de terceiros. O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão constante devem ser comprovadas por meio de laudo médico emitido por médico especialista ou junta médica.

3.6.3. Riscos Excluídos: Outras formas de demência devido perturbações cerebrais ou sistêmicas ou devido a doenças psiquiátricas.

3.7. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

3.7.1. Conceito: estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

3.7.2. Riscos Cobertos: As doenças renais tratadas com diálise peritoneal, hemodiálise, por período superior a 06 (seis) meses e/ou transplante renal.

3.7.3. Riscos Excluídos: Doenças renais que não necessitem de tratamento com diálise ou hemodiálise, ou necessitem do tratamento por período inferior a 06 (seis) meses, com recuperação posterior da função renal.

3.8. DIAGNÓSTICO DE SURDEZ

3.8.1. Conceito: É a perda total ou profunda, acima de 95 DB NA) e irreversível da audição em ambos os ouvidos.

3.8.2. Risco Coberto: Quando a perda auditiva ocorre acima de 95 dB. Perda irreversível, total ou profunda, da audição de ambos os ouvidos, causada por doença, exceto se decorrentes de doenças do sistema nervoso central. O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, feito por médico otorrinolaringologista e evidenciado por exames audiológicos específicos (audiograma, BERA - Audiometria de Tronco Cerebral, emissão oto-acústica), obedecendo ao critério relacionado a seguir:

a) Limiares auditivos sensório-neurais maiores ou iguais a 95 Db (decibéis) em ambas as orelhas, aferidos por audiograma, simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz.

3.8.3. Riscos Excluídos: Surdez de origem central (sistema nervoso central), e déficit auditivo pré-existente a contratação do Seguro.

3.9. CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDIA COM IMPLANTE DE PONTE(S) VASCULARE(S) NAS ARTÉRIAS CORONARIANAS (BYPASS)

3.9.1. Conceito: Realização de cirurgia cardíaca, 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).

3.9.2. Riscos Cobertos: As cirurgias tratadas como toracotomia.

3.9.3. Riscos Excluídos: Angioplastias, outros procedimentos intra-arteriais e cirurgia por toracotomia mínima ou colocação de Stent. Insuficiência coronariana crônica e já de conhecimento do Segurado e não declarada na contratação da Apólice de Seguro.

3.10. DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA

3.10.1. Conceito: Ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual 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.

3.10.2. Riscos Cobertos: Diagnóstico de Cegueira devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

3.10.3. Riscos Excluídos: Está excluído a cegueira decorrente de patologias pré-existentes à contratação da apólice.

3.11. SEQUELA DA FUNÇÃO PULMONAR POR EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

3.11.1. Conceito: TEP 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.

3.11.2. Riscos Cobertos: Embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória, após o tratamento do evento agudo, comprovada com exames específicos.

3.11.3. Riscos Excluídos: Eventos decorrentes de patologias pré-existentes a contratação da apólice, que predisponham ao tromboembolismo, como trombofilia, SAF – Síndrome do anticorpo antifosfolipídeo, trombose venosa profunda, e outras.

3.12. ESCLEROSE MÚLTIPLA

3.12.1. 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.

3.12.2. Riscos Cobertos: Esclerose múltipla devidamente comprovada com exames específicos e laudos médico complementares.

3.12.3. Riscos Excluídos: Doença na fase inicial ou que esteja em remissão (sem sintomas), Neuromielite ótica e/ou outros sintomas neurológicos sugestivos de esclerose múltipla antes da contratação da apólice.

3.13. PARALISIA DE MEMBROS

3.13.1. 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 doença.

3.13.2. Riscos Cobertos: Paralisia de membros devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

3.13.3. Riscos Excluídos: Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta e/ou relacionados a perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

3.14. DOENÇA DE PARKINSON

3.14.1. 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).

3.14.2. Riscos Cobertos: 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.

3.14.3. Riscos Excluídos: Fase inicial da Doença de Parkinson e os quadros de Doenças de Parkinson consequentes a acidentes ou dependência química do Segurado.

3.15. PERDA DA FALA

3.15.1. Conceito: Perda total e irreversível da capacidade de falar causada por Acidente Pessoal coberto ou doença que afete diretamente a laringe ou os seus nervos, comprometendo a função das pregas vocais, estabelecida por um período contínuo de 06 (seis) meses.

3.15.2. Riscos Cobertos: Por perda total, entende-se a incapacidade de compreensão da maior parte das palavras emitidas (por exemplo: voz muito rouca, voz com volume irregular, fala arrastada, ritmo irregular ou anormal da fala). Por perda irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 180 (cento e oitenta) dias após a data do diagnóstico.

3.15.3. Risco Excluído: As causas psiquiátricas são excluídas. O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (otorrinolaringologista ou cirurgião de cabeça e pescoço) e embasado por exames especializados.

3.16. QUEIMADURAS GRAVES (3º GRAU)

3.16.1. Conceito: Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 30% (trinta por cento) da área da superfície do corpo do Segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.

3.16.2. Riscos Excluídos: Queimaduras decorrentes de autoagressão.

3.17. CIRURGIA DA AORTA

3.17.1. Conceito: Cirurgia convencional que visa corrigir qualquer doença da artéria aorta por excisão de uma parte doente desta artéria e substituição por enxerto. Estará coberta exclusivamente a cirurgia da artéria aorta em sua porção torácica e abdominal, excluindo-se todos seus ramos. A cirurgia deve ser indicada por cirurgião cardíaco ou vascular, respaldado por exames complementares apropriados.

3.17.2. Riscos Excluídos: Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) **Tratamento endovascular de aneurisma da artéria aorta (endo prótese);**
b) **Cirurgias ou procedimentos em ramos da artéria aorta;**
c) **Doença ou condição pré-existente que predisponha a patologia, como Síndrome de Marfan.**

3.18. CIRURGIA DAS VÁLVULAS CARDÍACAS

3.18.1. Conceito: Cirurgia cardíaca convencional que visa recuperar ou substituir uma ou mais válvulas cardíacas, indicada por cirurgião cardíaco, respaldado por exames complementares apropriados.

3.18.2. Riscos Excluídos: Quando não for necessária a substituição da válvula cardíaca que apresente alterações clínicas, bem como a cirurgia decorrente de lesão da válvula cardíaca de origem. Cirurgia indicada para patologia valvar prévia à contratação da apólice.

3.19. LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

3.19.1. Conceito: O Lúpus Eritematoso Sistêmico (ou simplesmente Lúpus) é uma doença crônica inflamatória de caráter autoimune, caracterizado por diversos sinais e sintomas, cujos desenvolvimentos dependem do local acometido pelo seu processo inflamatório.

3.19.2. Riscos Excluídos:

a) **Outras doenças autoimunes**
b) **Outros tipos de Lúpus**

3.20. OSTEOMIELITE

3.20.1. Conceito: Doença infecciosa aguda ou crônica do osso, causada por agentes bacterianos que invadem e destroem o osso.

3.20.2. Riscos Excluídos: Osteomielite diagnosticada antes da contratação do seguro, bem como as osteomielites ocorridas dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.

3.21. ESCLEROSE LATERAL AMIOTROFICA (ELA)

3.21.1. Conceito: A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neurológica do neurônio motor caracterizada pela progressiva degeneração irreversível dos neurônios motor superior (NMS) e inferior (NMI) levando à atrofia com fraqueza muscular progressiva culminando com insuficiência respiratória. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico médico e laboratorial.

3.21.2. Riscos Excluídos: Sintomas neurológicos prévios e anteriores a contratação da apólice de Seguro, e não informados na Declaração Pessoal de Saúde.

3.22. ATEROSCLEROSE

3.22.1. Conceito: A aterosclerose é uma inflamação, com a formação de placas de gordura, cálcio e outros elementos na parede das artérias do coração e de outras localidades do corpo humano. Ela se caracteriza pelo estreitamento e enrijecimento das artérias devido ao acúmulo de gorduras em suas paredes, conhecido como ateroma.

3.23. ANGIOPLASTIA CORONARIANA

3.23.1. Conceito: Angioplastia é um procedimento minimamente invasivo para desobstrução das artérias coronárias com o objetivo de restabelecer o fluxo sanguíneo para o coração.

3.23.2. Riscos Excluídos: Insuficiência coronariana prévia, de conhecimento do Segurado e não informada na Declaração Pessoal de Saúde antes da contratação da apólice.

3.24. SÍNDROME DE GUILLIAIN BARRÉ

3.24.1. Conceito: A Síndrome de Guilliain Barré é uma desordem, provavelmente de caráter autoimune, inflamatória e desmielinizante dos nervos periféricos, caracterizada por fraqueza muscular progressiva e ascendente, parestesias das pernas, braços, tronco, afetar músculos da face, orofaringe, da deglutição, da respiração.

3.24.2. Risco Coberto: Comprometimento neurológico definitivo que se mantenha após 06 (seis) meses em que a doença foi diagnosticada e que implique em comprometimento funcional de membro ou função.

3.25. IMPLANTE DE MARCA-PASSO DEFINITIVO

3.25.1. Conceito: Procedimento para colocação no coração de dispositivo gerador de estímulo elétrico quando ocorre bradiarritmias, representadas pela disfunção do nódulo sinusal e bloqueios atrioventriculares.

3.25.2. Riscos Excluídos:

a) **Marcapasso cardíaco transitórios;**
b) **Procedimentos de Implantes de Marcapasso Cardíaco anteriores a contratação do Seguro;**
c) **Cardioversor-desfibrilador implantável.**

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. 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 um procedimento coberto, 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.

4.1.1. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Doenças Graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

4.2. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice

do Seguro.

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

4.4. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames conforme descrito em cada item das doenças e procedimentos.

5. CARÊNCIA

5.1. 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.

6. FRANQUIA

6.1. A cobertura de Doenças Graves estará sujeita ao período de franquia previsto na respectiva cobertura, sendo aplicado o prazo geral de 30 (trinta) dias de franquia na inexistência de prazo específico na respectiva cobertura. A franquia é caracterizada pelo período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para acionamento do seguro (aviso de sinistro).

7. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

7.1. Anualmente, a cada aniversário da apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

7.1.1. Os valores indicados correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura Doenças Graves – Combo IV, de acordo com a idade e o sexo do Segurado.

X (IDADE DO SEGURADO)	% MÁXIMO DE REENQUADRAMENTO	
	DG COMBO IV	
	Masculino	Feminino
18 anos	2,6%	5,9%
19 anos	2,5%	5,6%
20 anos	2,5%	5,3%
21 anos	5,7%	11,9%
22 anos	5,4%	10,6%
23 anos	5,1%	9,6%
24 anos	4,8%	8,8%

25 anos	4,6%	8,1%
26 anos	4,4%	7,5%
27 anos	4,2%	6,9%
28 anos	4,1%	6,5%
29 anos	3,9%	6,1%
30 anos	3,8%	5,7%
31 anos	11,4%	9,8%
32 anos	10,2%	8,9%
33 anos	9,3%	8,2%
34 anos	8,5%	7,6%
35 anos	7,8%	7,0%
36 anos	7,3%	6,6%
37 anos	6,8%	6,2%
38 anos	6,3%	5,8%
39 anos	6,0%	5,5%
40 anos	5,6%	5,2%
41 anos	15,4%	7,8%
42 anos	13,4%	7,2%
43 anos	11,8%	6,7%
44 anos	10,6%	6,3%
45 anos	9,5%	5,9%
46 anos	8,7%	5,6%
47 anos	8,0%	5,3%
48 anos	7,4%	5,0%
49 anos	6,9%	4,8%
50 anos	6,5%	4,6%
51 anos	10,0%	5,8%
52 anos	9,1%	5,5%
53 anos	8,3%	5,2%
54 anos	7,7%	4,9%
55 anos	7,1%	4,7%
56 anos	6,7%	4,5%
57 anos	6,2%	4,3%
58 anos	5,9%	4,1%
59 anos	5,5%	3,9%
60 anos	5,3%	3,8%
61 anos	5,2%	4,3%
62 anos	4,9%	4,1%
63 anos	4,7%	4,0%
64 anos	4,5%	3,8%
65 anos	4,3%	3,7%

66 anos	4,1%	3,5%
67 anos	4,0%	3,4%
68 anos	3,8%	3,3%
69 anos	3,7%	3,2%
70 anos	3,5%	3,1%
71 anos	5,3%	8,1%
72 anos	5,0%	7,5%
73 anos	4,8%	7,0%
74 anos	4,5%	6,5%
75 anos	4,3%	6,1%
76 anos	4,2%	5,8%
77 anos	4,0%	5,4%
78 anos	3,8%	5,2%
79 anos	3,7%	4,9%
80 anos	3,6%	4,7%
A partir de 81 anos, a cada renovação.	8,00%	8,00%

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

II. CANAIS DE COMUNICAÇÃO

Conheça os canais de comunicação que a Seguros Unimed oferece a você:

• CENTRAL DE RELACIONAMENTO

Atendimento Nacional: 0800 016 6633 – SAC 0800 016 6633 opção 6

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

Horário de Atendimento: 2ª a 6ª das 8h às 20h (exceto feriados nacionais)

Telefones Contingenciais – Atendimento Nacional: (0XXDDD*) 4000-1633

*DDD da Capital do estado do segurado

• ÁREA DE RELACIONAMENTO E RELAÇÕES EMPRESARIAIS

Exclusivo para atender às necessidades dos clientes pessoa jurídica.

E-mail: relacionamento@segurosunimed.com.br

• FALE CONOSCO

www.segurosunimed.com.br/faleconosco

• OUVIDORIA

A Seguros Unimed, sempre preocupada em garantir a satisfação de seus clientes, instituiu a Ouvidoria, que tem como principal função estreitar o relacionamento com os clientes, mediante a defesa dos seus direitos, esclarecendo-os dos seus direitos e deveres, com o propósito de prevenir e solucionar conflitos.

É um canal de acesso e comunicação diferenciado, em função das suas características de autonomia, independência e imparcialidade.

Ela não substitui e nem invalida a atuação dos canais de atendimento hoje existentes na Companhia, mas está sempre pronta a atendê-lo caso não tenha obtido sucesso em seu pedido e/ou reclamação junto aos outros canais como: Fale Conosco, Central de Relacionamento e outras áreas competentes.

Por meio da Ouvidoria, os clientes podem apresentar suas solicitações que são: as manifestações, reclamações, consultas, comentários, críticas, sugestões e elogios.

✓ **Quem pode recorrer à Ouvidoria da Seguros Unimed:**

Todos os segurados (Pessoas Físicas e Jurídicas), seu representante legal, procurador, Beneficiários, corretores (atuando em nome dos segurados), que tenham esgotado as tentativas de solução do problema junto aos demais canais de comunicação da empresa, e que não concordem com a decisão adotada pela área responsável e/ou não obtiveram sucesso em seus pleitos junto a Seguros Unimed, e ainda, que não tenham recorrido à esfera judicial.

✓ **Como e onde recorrer:**

As manifestações direcionadas à Ouvidoria Seguros Unimed, podem ser efetuadas preferencialmente por escrito, contendo, no mínimo:

- O nome do Segurado, CPF ou CNPJ, ramo do seguro, número da Apólice/proposta, número do sinistro (se houver), descrição detalhada do assunto, telefone, e-mail e endereço para contato.

✓ **As manifestações podem ser enviadas das seguintes formas:**

- Pelo site: preencher o formulário em www.segurosunimed.com.br /ouvidoria/
- Por e-mail: ouvidoria@segurosunimed.com.br
- Por carta, diretamente à Ouvidoria da Seguros Unimed, endereçada à:

  Seguros Unimed – Ouvidoria

  Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346

  Cerqueira César - São Paulo – SP

  CEP:01410-901

- Por telefone: 0800 001 2565, no horário das 9 às 18 horas em dias úteis.
- Telefones Contingenciais: (0XXDDD*) 4000-1285 - *DDD da capital do estado do segurado
- Presencialmente, com atendimento no horário das 9 às 18 horas, em dias úteis, na sede da Seguros Unimed localizada na:

  Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346

  Cerqueira César - São Paulo - SP

  CEP: 01410-901

Unimed Seguradora S.A. | CNPJ/MF 92.863.505/0001-06 | Reg. SUSEP 694-7
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 - Cerqueira César | CEP: 01410-901 | São Paulo – SP
Central de Relacionamento: 0800 016 6633 – SAC opção 6 | Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611
Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565 |
Acessibilidade e mais informações: www.segurosunimed.com.br