

SEGURO DE PESSOAS

Doenças Graves
Condições Gerais
Versão 1.1

CNPJ 28.196.889/0001-43

Processo SUSEP nº 15414.665073/2025-13

NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)

Atendimento Nacional.....0800 729 7000

Atendimento Internacional.....55 16 3111 8600

Atendimento para Pessoas com Deficiência Auditiva ou de Fala.....0800 962 7373

Atendimento WhatsApp.....11 4004 7000

Ouvidoria BB Seguros0800 880 2930

Atendimento para Pessoas com Deficiência Auditiva ou de Fala.....0800 775 003

De 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h, exceto feriados.

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

Canal de Conduta e Ética0800 444 8256

Todos os dias, 24 horas.

www.canalconfidencial.com.br/bbseguros

Este é um canal exclusivo para denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de desvio de conduta ética relacionadas ao seguro. As denúncias poderão ser feitas de forma anônima ou identificada e serão recepcionadas por uma empresa independente e especializada, assegurando o sigilo absoluto e o tratamento adequado a cada situação. É importante fornecer o máximo de informações possíveis, possibilitando assim uma análise mais assertiva do caso. Todas as denúncias serão analisadas, investigadas e terão as medidas cabíveis aplicadas.

Para saber todos horários e canais de atendimento, acesse nosso site:

www.bbseguros.com.br/seguros/ajuda/telefones-atendimento-seguros

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	6
1. OBJETIVO DO SEGURO	6
2. COBERTURAS	6
3. RISCOS EXCLUÍDOS	7
4. FRANQUIA.....	7
5. CARÊNCIA.....	8
6. REGIME FINANCEIRO.....	8
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO	8
8. BENEFICIÁRIOS	8
9. PERDA DE DIREITOS	8
COMO CONTRATAR	10
10. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO	10
DURAÇÃO DO SEGURO	11
11. VIGÊNCIA.....	11
CAPITAL SEGURADO	12
12. CAPITAL SEGURADO	12
CUSTO DO SEGURO (PRÊMIO)	12
13. CUSTO DO SEGURO	12
14. FORMA DE PAGAMENTO.....	14
15. ATRASO NO PAGAMENTO DO SEGURO, PRAZO DE TOLERÂNCIA E SUSPENSÃO.....	15
COMO ACIONAR O SEGURO (AVISO DE SINISTRO)	16
16. COMUNICAÇÃO.....	16
17. ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DA COBERTURA.....	16
18. FORMA E PRAZO PARA A ANÁLISE DA COBERTURA.....	18
19. FORMA E PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	18
20. JUNTA MÉDICA.....	18
21. REINTEGRAÇÃO	19
RENOVAÇÃO DO SEGURO	19
22. RENOVACÃO	19
CANCELAMENTO DO SEGURO	19
23. CANCELAMENTO DA APÓLICE	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
24. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS	20

25. PROPAGANDA E PUBLICIDADE.....	20
26. PRESCRIÇÃO	20
27. FORO.....	20
28. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS	21
29. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	21
CONSULTA AOS TERMOS TÉCNICOS.....	22
CONDIÇÕES ESPECIAIS.....	25
COBERTURA BÁSICA.....	26
DOENÇAS GRAVES BÁSICA – ADULTO	26
1. RISCOS COBERTOS	26
2. RISCOS EXCLUÍDOS	28
3. INÍCIO DE VIGÊNCIA.....	29
4. ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA ANÁLISE DA COBERTURA	29
5. RATIFICAÇÃO	30
COBERTURAS ADICIONAIS	31
INCLUSÃO FACULTATIVA DE SEGURADO DEPENDENTE	31
1. RISCOS COBERTOS	31
2. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA.....	32
3. CUSTO DO SEGURO	32
4. TÉRMINO DAS COBERTURAS DESTA CLÁUSULA.....	32
5. RATIFICAÇÃO	32
DOENÇAS GRAVES SUPLEMENTAR - ADULTO	33
1. RISCOS COBERTOS	33
2. RISCOS EXCLUÍDOS	35
3. INÍCIO DE VIGÊNCIA.....	35
4. REENQUADRAMENTO ETÁRIO	35
5. BENEFICIÁRIO.....	36
6. ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A AVALIAÇÃO DA COBERTURA.....	36
7. RATIFICAÇÃO	36
DOENÇAS GRAVES BÁSICA - INFANTIL	37
1. RISCOS COBERTOS	37
2. RISCOS EXCLUÍDOS	38
3. ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DA COBERTURA.....	39
4. RATIFICAÇÃO	41

DOENÇAS GRAVES SUPLEMENTAR - INFANTIL	42
1. RISCOS COBERTOS	42
2. RISCOS EXCLUÍDOS	44
3. ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A AVALIAÇÃO DA COBERTURA.....	44
4. RATIFICAÇÃO	45
DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO	46
1. RISCOS COBERTOS	46
2. RISCOS EXCLUÍDOS	46
3. FRANQUIA.....	47
4. DO ÂMBITO GEOGRÁFICO	47
5. DATA DO EVENTO	47
6. ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DA COBERTURA.....	47
7. REINTEGRAÇÃO	47
8. RATIFICAÇÃO	48
DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA	49
1. RISCOS COBERTOS	49
2. CARACTERIZAÇÃO DE ACIDENTE PESSOAL	49
3. RISCOS EXCLUÍDOS	50
4. REENQUADRAMENTO ETÁRIO	51
5. FRANQUIA.....	51
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO	51
7. DATA DO EVENTO	51
8. CAPITAL SEGURADO	51
9. ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DA COBERTURA	52
10. REINTEGRAÇÃO	53
11. RATIFICAÇÃO	53

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este seguro tem por finalidade o pagamento de indenização ao Beneficiário em caso de evento coberto ocorrido na vigência do seguro, **até o limite do Capital Segurado, mediante o recebimento do custo do seguro (prêmio), observadas as disposições contratuais de cada cobertura contratada, os riscos excluídos e demais condições contratuais do seguro.**

2. COBERTURAS

2.1. Este plano de seguro individual é composto por **Coberturas Básicas e Adicionais**, especificadas nas Condições Especiais.

2.2. O custo do seguro será determinado de acordo com as coberturas e Capitais Segurados contratados, que serão definidos na Apólice do Seguro.

2.3. COBERTURA BÁSICA

2.3.1. É **obrigatória** a contratação da seguinte **Cobertura Básica**:

a) **Doenças Graves Básica – Adulto.**

2.4. COBERTURAS ADICIONAIS

2.4.1. É facultada a contratação das seguintes **Coberturas Adicionais**:

a) **Inclusão facultativa de cônjuge/companheiro(a) e/ou filho(a)/enteado(a);**

b) **Doenças Graves Suplementar – Adulto;**

c) **Doenças Graves Básica – Infantil;**

d) **Doenças Graves Suplementar Infantil;**

e) **Desemprego Involuntário; e**

f) **Diárias de incapacidade temporária por acidente ou doença.**

2.4.2. As Coberturas Adicionais não poderão ser contratadas isoladamente, sendo obrigatória a contratação da Cobertura Básica.

2.5. **A Cobertura Adicional de Diária de Incapacidade Física temporária por Acidente ou Doença e a Cobertura Adicional de Desemprego Involuntário não poderão ser contratadas para os Segurados Dependentes.**

2.6. **Os Segurados Dependentes somente poderão contratar as mesmas coberturas do Segurado Titular, com exceção ao exposto no item 2.5.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Salvo previsão em contrário nas coberturas contratadas ou condições particulares, o seguro não cobre os eventos relacionados ou ocorridos em consequência de:

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes.**
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, química ou bacteriológica, civil ou guerrilha, atos militares, atos terroristas, hostilidades, revolução, insurreição, motim, rebelião, revolta, sedição, sublevação, invasão, atos de inimigos estrangeiros, atos que as leis classifiquem como delitos contra a segurança interna do Estado, desordem ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrente de trabalho, prestação de serviço militar e atos humanitários.**
- c) De atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, incluem-se os atos ilícitos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores e/ou seus respectivos representantes.**
- d) De eventos naturais decorrentes de tufões, furacões, erupções vulcânicas, tornados, ciclones, terremotos, maremotos, movimentos sísmicos e queda de asteróides.**
- e) De epidemias e pandemias, declaradas por órgão público competente, incluindo a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras.**
- f) De competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios.**
- g) Da condução de veículos, embarcações e aeronaves pelo segurado sem a adequada habilitação ou sem a autorização dos órgãos competentes, inclusive para voo ou navegação.**
- h) De Doenças ou Lesões Preexistentes de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de seguro, que exijam tratamento clínico ou hospitalar, acompanhamento médico e/ou uso de medicamento de forma continuada.**

3.2. Não estarão cobertas as despesas de salvamento não enquadradas como emergências, tais como, sem se limitar, as realizadas para tratamento e/ou recuperação de doenças ou lesões, exames de rotina e preventivos, medicação para tratamento de doenças, atendimentos cobertos pelo plano de saúde do Segurado, entre outras.

4. FRANQUIA

4.1. A franquia, quando aplicável, corresponderá ao percentual, valor fixo ou período, conforme critérios definidos em cada cobertura e o estabelecido na Apólice do Seguro.

5. CARÊNCIA

5.1. Haverá carência de 2 (dois) anos ininterruptos para a tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências, contada da data de início da vigência do seguro.

6. REGIME FINANCEIRO

6.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, em que os valores pagos pelo seguro (prêmios) por todos os Segurados do plano deverão ser suficientes para pagar as indenizações de cada Segurado, portanto não há constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica individualizada por Segurado e conseqüentemente não há possibilidade técnica de devolução de qualquer valor pago, mesmo em caso de cancelamento do seguro.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO

7.1. Todo o globo terrestre, salvo previsão em contrário na cobertura contratada ou no contrato de seguro.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. O Beneficiário é o próprio Segurado, exceto para as coberturas de Doenças Graves Infantis, que será o Segurado Titular.

8.2. No caso de óbito do Segurado Titular durante a análise da cobertura de Doenças Graves Infantis, a indenização será paga ao representante legal do Segurado Dependente, filho ou enteado.

8.3. Se o Segurado falecer antes do recebimento da indenização, quando este já era de direito, ou se o houver cobertura para diagnóstico da doença grave após o óbito do Segurado, a indenização será paga ao cônjuge ou companheiro sobrevivente e, na falta, aos herdeiros legais.

8.4. O companheiro será equiparado ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o segurado era solteiro ou separado de fato.

8.5. No caso da ocorrência do evento coberto, a indenização correspondente à cobertura contratada será paga sob a forma de parcela única ao Beneficiário.

9. PERDA DE DIREITOS

9.1. O Beneficiário perderá o direito à indenização e a Seguradora terá o direito ao custo do seguro vencido, além de cancelar o seguro, se o Segurado, Dependente, Corretor de Seguros, ou seus respectivos representantes:

- a) Fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no custo do seguro ou, por qualquer meio, procurar obter benefícios ilícitos do seguro.**
- b) Agravar intencionalmente e de forma relevante o risco.**
- c) Não observar ou não cumprir as condições contratuais do seguro.**
- d) Agir com dolo ou má-fé e/ou tentar fraudar, simular ou agravar intencionalmente o evento e/ou prejuízos para obter e/ou majorar a indenização.**

- 9.2. Se a inexatidão ou omissão das declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá:**
- 9.2.1. Na hipótese de não ocorrência de evento coberto:**
- a) Caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente aceito pela Seguradora, cancelar o seguro, podendo reter do custo do seguro originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) Se a garantia for tecnicamente possível e o risco aceito pela Seguradora, permitir a continuidade do seguro, mediante a cobrança da diferença do custo do seguro devido e/ou reduzir a garantia de forma proporcional à está diferença.
- 9.2.2. Na hipótese de ocorrência de evento coberto com indenização integral, se a garantia for tecnicamente possível e o risco decorrente da omissão for aceito pela Seguradora, o seguro poderá ser cancelado após o pagamento da indenização, com a dedução da diferença do custo do seguro devido da indenização.**
- 9.3. O(s) Segurado(s) está(ão) obrigado(s) a comunicar à Seguradora, logo que tome conhecimento, todo agravamento relevante do risco, sob pena de perder o direito à indenização.**
- 9.3.1. A Seguradora, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contado do recebimento da comunicação, poderá:**
- a) **Aceitá-lo mediante a cobrança da diferença de prêmio.** Caso o aumento do prêmio seja superior a 10% (dez por cento) do valor contratado, o Segurado poderá não aceitar a alteração, hipótese em que o seguro será cancelado no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência do Segurado em relação ao valor adicional do seguro. O cancelamento do seguro será eficaz desde o momento em que o estado de risco foi agravado.
 - b) **Restringir a cobertura contratada**, mediante acordo entre as partes; ou,
 - c) **Cancelar o seguro**, caso não seja tecnicamente possível garantir o novo risco ou se o risco não for aceito na subscrição do produto.
- 9.3.2. No caso previsto na alínea “c” do item 9.3.1, o cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação do Segurado e será devida a restituição da diferença do valor pago pelo seguro, calculada proporcionalmente ao período a decorrer, ressalvado, na mesma proporção, o direito da Seguradora ao ressarcimento das despesas incorridas com a contratação.**
- 9.3.3. Se o Segurado intencionalmente não comunicar à Seguradora agravamento relevante do risco, o Beneficiário perderá o direito à indenização do seguro, sem prejuízo do valor devido custo do seguro (prêmio) e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.**
- 9.3.4. Se o Segurado culposamente não comunicar agravamento relevante do risco, ficará obrigado a pagar a diferença do custo do seguro (prêmio) apurado e, se a garantia não for tecnicamente possível ou se o risco que não for aceito pela Seguradora, o Beneficiário não terá direito à indenização e o seguro será cancelado.**

COMO CONTRATAR

10. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

- 10.1.** A contratação, alteração ou renovação não automática do seguro se formalizará com a aceitação pela Seguradora da proposta apresentada pelo proponente, seu representante legal e/ou corretor de seguros, ressalvada a hipótese de contratação direta.
- 10.2.** Na proposta deverão ser prestadas todas as informações que permitam à Seguradora a correta avaliação do risco para não prejudicar o direito à indenização e evitar o cancelamento do seguro.
- 10.3.** **A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.**
- 10.4.** Poderá ser aceito como Segurado (Titular ou Dependente), todo Proponente que esteja, na data da contratação do seguro, em plenas condições de exercer atividade profissional, ou aposentado por idade ou tempo de serviço, que se encontre em boa condição de saúde, **com idade compreendida entre 18 (dezoito) e 65 (sessenta e cinco) anos para adultos e entre 2 (dois) e 17 (dezessete) anos para crianças, observada eventual condição mais restritiva das coberturas.**
- 10.5.** A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir do recebimento da Proposta de Seguro, para contratação, renovação ou alteração do risco, para se manifestar a respeito da sua aceitação ou recusa.
- 10.5.1.** **Durante este período a Seguradora poderá solicitar documentos, informações complementares e/ou exames periciais para análise do risco. Neste caso, o prazo para a análise do risco terá novo início a partir da data da comprovação da entrega de toda a informação e/ou documentação solicitada.**
- 10.6.** **Não será admitida a contratação do seguro por procurador.**
- 10.7.** A recusa do risco será comunicada pela Seguradora ao proponente ou seu representante legal, por escrito, de forma justificada.
- 10.8.** A ausência de manifestação no prazo estabelecido no item 10.5, observadas as condições de suspensão, caracterizará a aceitação da proposta.
- 10.9.** A aceitação da contratação ou renovação do seguro se formalizará com a emissão da Apólice do Seguro e a aceitação da alteração contratual do seguro implicará na emissão do Endosso.
- 10.10.** **O pagamento antecipado do custo do seguro (total ou parcial) não caracterizará a aceitação, mas dará direito a Cobertura Provisória a partir da recepção da proposta pela Seguradora.**
- 10.10.1.** **Caso a proposta não seja aceita, a Cobertura Provisória prevalecerá até comunicação da recusa ao proponente ou seu representante legal.**

- 10.10.2.** O seguro pago antecipadamente, líquido de IOF (Imposto sobre Operações Financeiras), será restituído no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da formalização da recusa, **deduzido da parcela proporcional ao tempo em que tiver prevalecido a cobertura.**
- 10.10.3.** A atualização monetária será aplicada a partir da data do recebimento do valor pago até a sua efetiva devolução, observado o previsto no **item 24 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS.**
- 10.11.** A aceitação da proposta feita pela Seguradora somente se dará pela manifestação expressa de vontade ou por ato inequívoco do proponente, o que inclui o pagamento do seguro.
- 10.12.** O proponente e/ou segurado ao contratar o seguro, autoriza a assessoria médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer os exames realizados.

DURAÇÃO DO SEGURO

11. VIGÊNCIA

- 11.1.** O início e o fim da vigência do seguro ocorrerão às 24h (vinte e quatro horas) das datas estabelecidas na Apólice.
- 11.2.** Nos seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas **sem o pagamento antecipado do custo do seguro**, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data da confirmação da contratação da proposta ou com data distinta, desde previsto nas condições contratuais do seguro.
- 11.3.** Nos seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas **com o pagamento antecipado do custo do seguro**, parcial ou total, a vigência da Cobertura Provisória terá início a partir da data da recepção da proposta pela Seguradora. O **início e o término da cobertura** serão definidos nas condições especiais, devendo o risco ter início dentro do prazo da vigência da Apólice.
- 11.4.** Este seguro terá vigência até o Segurado Titular completar 75 (setenta e cinco) anos de idade, observado o término da vigência da Apólice em vigor e o pagamento do seguro.
- 11.4.1.** Anualmente será emitido Endosso para a atualização do Capital Segurado e do custo do seguro, conforme regras contratuais.
- 11.4.2.** O término da vigência do seguro em razão do limite de idade, será comunicado pela Seguradora ao Segurado Titular, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data prevista para o término da vigência da Apólice.
- 11.5.** O Segurado poderá solicitar o cancelamento do seguro, mediante comunicação prévia à Seguradora, nos termos do item 23 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.

CAPITAL SEGURADO

12. CAPITAL SEGURADO

- 12.1.** O Capital Segurado de cada cobertura contratada corresponde ao valor máximo de indenização devida no caso de evento coberto, conforme fixado na Apólice do Seguro, expresso em moeda nacional.
- 12.2.** O Capital Segurado para pagamento da indenização do seguro será aquele vigente na data da caracterização do evento coberto, que será determinado por cobertura, da seguinte forma:
- a) Coberturas de Doenças Graves (Básica Adulto, Suplementar Adulto, Básica Infantil e Suplementar Infantil) e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença:** a data do diagnóstico especificado no relatório médico; e
 - b) Coberturas de Desemprego Involuntário:** a data da rescisão do contrato de trabalho na Carteira de Trabalho.
- 12.3.** Poderão ser reembolsadas as despesas emergenciais comprovadamente realizadas para evitar a ocorrência ou atenuar os efeitos de eventos cobertos pelo seguro, até o valor máximo de 1% (um por cento) do Capital Segurado contratado para a cobertura, limitado a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), desde que comprovada a sua necessidade, adequação e proporcionalidade. São consideradas despesas emergenciais exclusivamente as relacionadas a situações que impliquem em risco imediato de morte ou lesões irreparáveis ao segurado, observada a cobertura contratada.

CUSTO DO SEGURO (PRÊMIO)

13. CUSTO DO SEGURO

- 13.1.** O custo do seguro será determinado em função da idade do Segurado, das coberturas contratadas, do Capital Segurado e da periodicidade de pagamento do prêmio, definidos na proposta de contratação.
- 13.2.** Os Capitais Segurados contratados e os respectivos custos do seguro, serão anualmente atualizados monetariamente, com base na variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística acumulada nos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês do aniversário do seguro.
- a)** No caso de extinção do IPCA, o índice a ser utilizado será o **IGP-M/FGV-Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas** ou outro índice admitido oficialmente, ou que venha a substituí-lo; e
 - b)** As partes poderão ajustar contratualmente outro índice durante a vigência ou renovação do seguro, desde que não haja prejuízo para os seguros vigentes.
- 13.3.** Além do reajuste anual disposto no item 13.2, cumulativamente, no mesmo período de apuração, haverá reajuste do custo do seguro em função da **nova idade do Segurado**, para cobertura de **Doenças Graves Básica – Adulto e Doenças Graves Suplementar – Adulto**, conforme percentual de reenquadramento aplicável, de acordo com a tabela a seguir:

Percentual de Reenquadramento Anual	
Idade	% de Reajuste
19	5,61%
20	5,61%
21	5,61%
22	5,61%
23	5,61%
24	5,61%
25	5,61%
26	5,61%
27	5,61%
28	5,61%
29	5,61%
30	5,61%
31	5,61%
32	5,61%
33	5,61%
34	5,61%
35	5,61%
36	5,61%
37	5,61%
38	5,61%
39	5,61%
40	5,61%
41	5,61%
42	5,61%
43	5,61%
44	5,61%
45	5,61%
46	5,61%
47	5,61%
48	5,61%
49	5,61%
50	5,61%

Percentual de Reenquadramento Anual	
Idade	% de Reajuste
51	5,61%
52	5,61%
53	5,61%
54	5,61%
55	5,61%
56	5,61%
57	5,61%
58	5,61%
59	5,61%
60	5,61%
61	5,61%
62	5,61%
63	5,61%
64	5,61%
65	5,61%
66	5,61%
67	5,61%
68	5,61%
69	5,61%
70	5,61%
71	5,61%
72	5,61%
73	5,61%
74	5,61%

14. FORMA DE PAGAMENTO

- 14.1.** Para garantir o direito à cobertura do seguro deverá ser pago até a data de seu vencimento.
- 14.2.** Caso na data para o pagamento do seguro não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte.
- 14.3.** **Quando o custo do seguro for parcelado**, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.
- 14.4.** **Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.**

14.5. O Segurado poderá optar pela forma de pagamento por **débito em conta da instituição financeira que comercializa o seguro mediante preenchimento de autorização de débito ou por cartão de crédito.**

14.5.1. O segurado poderá solicitar a substituição da forma de pagamento do custo do seguro de débito em conta para cartão de crédito ou vice-versa.

14.5.1.1. A 1ª (primeira) parcela do custo do seguro, será debitada no ato da confirmação da contratação em conta corrente ou lançada no cartão de crédito, conforme determinado na apólice. As demais parcelas subsequentes à 1ª (primeira) parcela do custo do seguro, será(ão) debitada(s) na data de vencimento definida pelo segurado na proposta de contratação.

14.5.2. **No caso de pagamento por meio de débito em conta corrente ou em fatura de cartão de crédito, a suspensão da autorização para a realização da operação ou o cancelamento da conta e/ou cartão de crédito poderá caracterizar a inadimplência do Segurado, hipótese em que o seguro ficará sujeito ao cancelamento, nos termos das Condições Contratuais do seguro.**

14.6. Os tributos incidentes sobre o valor custo do seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

15. ATRASO NO PAGAMENTO DO SEGURO, PRAZO DE TOLERÂNCIA E SUSPENSÃO

15.1. Em caso de não pagamento da parcela única do custo do seguro ou da 1ª (primeira) parcela, até a data do seu vencimento, o seguro não será efetivado, independentemente de notificação prévia.

15.2. Na falta de pagamento de qualquer parcela posterior à primeira, poderá haver tolerância de cobertura pelo período de 60 (sessenta) dias contados a partir do vencimento da parcela não paga, definida na Apólice.

15.2.1. Durante o período de tolerância o pagamento da indenização não ficará prejudicado, porém estará condicionado à quitação das parcelas atrasadas.

15.2.2. **Caso as parcelas atrasadas não sejam pagas durante o período de tolerância concedido, o Segurado será notificado para efetuar o pagamento do valor devido à Seguradora em prazo não inferior a 15 (quinze) dias, contado do seu recebimento, sob pena do cancelamento do seguro.**

15.2.2.1. Decorrido o prazo concedido no item 15.2., será aplicada a suspensão da cobertura, hipótese em que o Beneficiário não terá direito a nenhuma indenização para eventos ocorridos a partir do vencimento da parcela não paga, até o cancelamento do seguro.

15.2.2.2. O cancelamento do contrato de seguro ocorrerá após decorrido o prazo da suspensão da cobertura, mediante notificação prévia em prazo não inferior a 30 (trinta) dias, a contar da notificação do Segurado sobre a suspensão da cobertura.

- 15.2.2.3.** Se a notificação de suspensão da cobertura por falta de pagamento da parcela vencida já informar sobre o prazo para a resolução do contrato de seguro, será dispensada nova notificação.
- 15.2.3.** Em caso de cancelamento, o seguro não poderá mais ser restabelecido. Havendo interesse, deverá ser contratado novo seguro, respeitada as condições de aceitação e elegibilidade, não sendo admitido qualquer vínculo entre os contratos.
- 15.2.4.** Com a regularização do pagamento do custo do seguro no prazo concedido nos termos do item 15.2., a vigência do seguro será restabelecida.
- 15.2.4.1.** Em caso de atraso no pagamento do seguro, incidirá sobre esse valor a atualização monetária e juros moratórios proporcionais ao tempo, contados do primeiro dia útil posterior ao seu vencimento até a data do efetivo pagamento, observado o índice e juros aplicados previsto no item 24 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS.

COMO ACIONAR O SEGURO (AVISO DE SINISTRO)

16. COMUNICAÇÃO

- 16.1.** Em caso de evento coberto o Beneficiário deverá comunicar imediatamente à Seguradora, por meio dos Nossos Canais de Atendimento.
- 16.2.** Para a análise da cobertura deverão ser apresentados todos elementos necessários para a análise da cobertura.

17. ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DA COBERTURA

- 17.1.** Comunicado o evento, poderão ser solicitados os seguintes **Documentos Básicos, além dos específicos de cada cobertura:**
- a)** Aviso de Sinistro, documento preenchido e assinado pelo solicitante;
 - b)** Documento de identificação com foto (RG/RNE, CNH) e CPF do Segurado, acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição;
 - c)** Comprovante de residência do Segurado atualizada, emitida nos últimos 90 dias e, na sua falta, a declaração de onde reside, nos termos da Lei 7.115/1983. Em caso de menor de idade ou pessoa que não tenha comprovante de endereço em seu nome, deverá encaminhar comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is) ou proprietário da residência, respectivamente, acompanhada da declaração dos representantes para a confirmação do seu endereço;
 - d)** Notas Fiscais e/ou recibos de despesas para medidas de contenção ou salvamento, acompanhado do relatório médico que ateste o atendimento do segurado em caráter de emergência;
 - e)** Autorização de Pesquisa Médica;
 - f)** Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização disponibilizado pela Seguradora (utilizar a autorização que consta no site com as informações de renda e profissão), devidamente preenchida e assinada, com dados bancários legíveis e conta individual em nome do Beneficiário;

- g)** Relatório Médico - Relatório a ser preenchido pelo médico assistente (médico responsável pelo tratamento do Segurado), contendo o seu registro no Conselho Federal de Medicina (CRM), a doença do segurado com o respectivo CID, data do diagnóstico e os tratamentos prescritos. Em caso de neoplasia, informar se é o primeiro diagnóstico, recidiva da doença ou ocorrência de metástase;
- h)** Termo de Tutela e Curatela; e
- i)** Em caso de Segurado Dependente:
 - 1)** **Cônjuge/companheiro(a):** Certidão de casamento atualizada ou comprovante de união estável (comprovada por decisão judicial, escritura pública, carta de concessão de benefício pelo órgão previdenciário (INSS) e/ou registro de dependente no Imposto de Renda).
 - 2)** **Filho(a)/enteado(a):** Certidão de Nascimento.

17.2. Não serão admitidos documentos ilegíveis ou rasurados.

17.3. O Segurado, ao fazer a contratação do seguro, autoriza a assessoria médica da Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e a proceder a exames físicos e complementares.

17.4. Sendo o Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, deverá ser assistido por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.

17.5. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

17.6. A Seguradora poderá obter as informações necessárias para fins da execução do contrato de seguro em órgãos oficiais e/ou firmar convênios ou contratos com instituições financeiras ou empresas que façam a administração de banco de dados e, a seu critério, dispensar a exigência dos documentos e informações contratuais.

17.7. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares necessários à conclusão da análise de cobertura, além dos contratualmente previstos, em caso de dúvida fundada e justificável.

17.8. Serão considerados pendentes, sem contagem do prazo, os casos com documentação incompleta e/ou se não atendido os elementos necessários para a análise da cobertura, até o recebimento do último documento solicitado na Seguradora e realização de perícia médica, se necessário.

17.9. O processo de sinistro poderá ser encerrado e/ou recusado pela impossibilidade da avaliação da cobertura, nas seguintes situações:

- a)** Não entrega dos documentos solicitados em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa;
- b)** Não seja possível agendar a perícia por indisponibilidade do Segurado; e

- c) O Beneficiário poderá, observado o prazo prescricional, mediante o atendimento da pendência e desde que não haja prejuízo para a análise da cobertura, solicitar a análise da cobertura.

17.10. A solicitação de documentos e demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após a reclamação da indenização, não implicam, por si só, no reconhecimento da cobertura do evento.

18. FORMA E PRAZO PARA A ANÁLISE DA COBERTURA

18.1. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura, sob pena de decair o direito de recusá-la, **contado da última data entre: (1)** a data da realização pela Seguradora da perícia, quando necessária para a avaliação da cobertura; e; **(2)** a data de entrega dos **Documentos** entregues à Seguradora.

18.1.1. A perícia, quando necessária, constitui elemento necessário para a análise da cobertura.

18.1.2. Em caso de solicitação de documentos complementares de forma justificada, este prazo será suspenso por até 2 (duas) vezes e voltará a correr a partir do primeiro dia útil seguinte àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

18.1.2.1. O prazo será suspenso 1 (uma) única vez nos seguros em que o Capital Segurado não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente.

18.1.3. Eventual recusa de cobertura será expressa e motivada.

19. FORMA E PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

19.1. Reconhecida a cobertura, a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização, até o Capital Segurado contratado por cobertura.

19.2. Em caso de solicitação de documentos complementares pela Seguradora, de forma justificada, este prazo será suspenso por 1 (uma) única vez e voltará a correr a partir do primeiro dia útil seguinte àquele em que forem completamente atendidas às exigências.

19.3. Após o prazo estabelecido no item 19.1, incidirá multa de 2% (dois por cento) sobre o valor devido atualizado pelo índice especificado no **item 24 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS**, desde a data da caracterização do evento coberto, acrescido dos juros legais, aplicados a partir do primeiro dia útil posterior ao vencimento do prazo para o pagamento da indenização, até a data do efetivo pagamento.

20. JUNTA MÉDICA

20.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.

20.2. 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.

- 20.3.** O desempataador somente deverá se pronunciar se houver divergência entre os peritos nomeados pelas partes. Não havendo divergência prevalecerá a decisão dos peritos nomeados pelas partes.
- 20.4.** Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e o terceiro será pago, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do médico que representa o Segurado.
- 20.5.** O não comparecimento do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem e, caso as partes resolvam realizar nova junta médica, a parte que impossibilitou a realização da junta deverá arcar integralmente com as despesas da nova constituição.
- 20.6.** **A ausência de manifestação, não comparecimento injustificado ou recusa do Segurado para a realização da junta médica e/ou da perícia médica ensejará no encerramento do processo de sinistro sem indenização por impossibilidade da caracterização de uma das coberturas contratadas.**
- 20.7.** A contagem do prazo de análise da cobertura será retomada da data da conclusão do Laudo da Junta Médica.

21. REINTEGRAÇÃO

- 21.1.** Haverá reintegração automática do Capital Segurado da cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença e Desemprego Involuntário.
- 21.2.** Não haverá possibilidade de reintegração para as demais coberturas.

RENOVAÇÃO DO SEGURO

22. RENOVAÇÃO

- 22.1.** Não haverá renovação para esse seguro.

CANCELAMENTO DO SEGURO

23. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 23.1.** A rescisão do contrato de seguro poderá ser realizada mediante acordo entre as partes contratantes.
- 23.2.** No caso de cancelamento do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes a Seguradora poderá reter do custo do seguro (prêmio), além dos emolumentos:
- a)** No caso de pagamento anual do seguro em 1 (uma) única parcela, a Seguradora reterá a parte proporcional ao tempo de vigência decorrido do custo do seguro (prêmio).
 - b)** Em caso de pagamento do seguro mensal ou anual fracionado, em até 12 (doze) parcelas, a Seguradora reterá o valor total do custo do seguro (prêmio) pago e a cobertura do seguro permanecerá até o fim da vigência da última parcela paga.
- 23.3.** O seguro não poderá ser cancelado durante a vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

- 23.4.** Além das situações acima mencionadas, a apólice será cancelada:
- a) Com o óbito do segurado titular;
 - b) No final do prazo de vigência da Apólice;
 - c) Pela inobservância do segurado de quaisquer obrigações previstas no contrato de seguro;
 - d) Por falta de pagamento do custo do seguro;
 - e) Por pagamento das coberturas de Doenças Graves; e
 - f) No mês do aniversário da apólice imediatamente posterior a data em que o Segurado Titular completar 75 (setenta e cinco) anos de idade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

24. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

- 24.1.** O não cumprimento do prazo de pagamento das obrigações contratuais implicará na atualização monetária do valor devido pela variação positiva do **IPCA/IBGE - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento.**
- 24.1.1.** No caso da extinção do índice acima ajustado, será utilizada a variação positiva do **IGPM/FGV - Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas.**
 - 24.1.2.** As Partes poderão fixar, de comum acordo, outro índice oficial para a atualização de valores e as regras de sua aplicação nas Condições Particulares do seguro.
- 24.2.** **Exceto para os casos de pagamento da indenização,** os juros são fixados em 0,25% a.m. (vinte e cinco centésimos por cento ao mês), serão calculados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato para o cumprimento da obrigação até a data do seu efetivo pagamento.
- 24.3.** O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

25. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

- 25.1.** As comunicações, peças promocionais e de propaganda para a divulgação do seguro pelo Corretor, deverão respeitar rigorosamente as condições contratuais do seguro e a legislação, e só poderão ser divulgadas mediante prévia autorização da Seguradora, por escrito.

26. PRESCRIÇÃO

- 26.1.** Os prazos prescricionais serão os determinados em lei.

27. FORO

- 27.1.** Fica eleito o foro de domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para discutir questões judiciais.

28. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

28.1. Nós cuidamos das suas informações com atenção e transparência. Seus dados pessoais podem ser compartilhados apenas com empresas que nos apoiam na prestação dos serviços contratados, como assistências e resseguradores. Também podemos compartilhá-los com empresas de comunicação, pesquisa e do nosso conglomerado, sempre com o propósito de melhorar os produtos e serviços que oferecemos a você. Para mais detalhes sobre como tratamos seus dados, acesse: www.bbseguros.com.br/seguradora/politica-privacidade/

29. DISPOSIÇÕES GERAIS

29.1. As comunicações necessárias entre as partes poderão ser realizadas por meio físico ou eletrônico.

29.1.1. A Seguradora utilizará os contatos cadastrados pelo Segurado, que deverão ser mantidos atualizados ou aqueles que constar nos cadastros normalmente utilizados pelas instituições financeiras.

29.1.2. A notificação será considerada realizada da data da efetivação da comunicação ou da sua frustração, seja pela recusa do seu recebimento ou por não localização do endereço físico e/ou eletrônico do destinatário.

29.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP à sua comercialização.

29.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da Seguradora, no site www.susep.gov.br.

29.4. Plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados: www.consumidor.gov.br.

CONSULTA AOS TERMOS TÉCNICOS

Agravamento Relevante

Situações em que ações ou omissões do Segurado, do Beneficiário e/ou Proponente que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco ou da severidade dos efeitos de tal realização.

Apólice

Documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação do seguro.

Aviso de Sinistro (Como Acionar o Seguro)

Comunicação imediata à Seguradora da ocorrência de evento passível de cobertura.

Beneficiário

Pessoa física designada para receber os valores do Capital Segurado, na hipótese de ocorrência do evento coberto.

Capital Segurado

Valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.

Carência

Período contado a partir da data de início da vigência do seguro, do aumento do Capital Segurado ou da retomada da vigência após a suspensão, durante o qual o Beneficiário não tem direito ao recebimento da indenização, no caso de ocorrência de evento coberto.

Cirurgia

Procedimento invasivo, manual ou instrumental no corpo do paciente, realizado em regime de internação hospitalar, solicitado e conduzido por profissional médico assistente em ambiente cirúrgico-hospitalar legalmente autorizado, sob anestesia geral, regional ou local.

Comoriência

Presunção legal de morte simultânea de duas ou mais pessoas na mesma ocasião, quando não é possível determinar quem faleceu primeiro.

Companheiro

Pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, com convivência pública, contínua e duradoura, com o objetivo de constituir família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos no contrato de seguro.

Condições Contratuais

Conjunto de regras que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, incluindo as Condições Gerais e Especiais, a Proposta e a Apólice do Seguro.

Condições Especiais

Conjunto de regras específicas de cada cobertura adicional, que podem alterar as Condições Gerais.

Condições Gerais

Conjunto de regras e condições comuns a todas as coberturas do seguro, que definem direitos e obrigações das partes e dos Beneficiários.

Corretor

Profissional, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a intermediar e promover contratos de seguro entre Seguradora e pessoas físicas ou jurídicas.

Custo do seguro

Importância paga à Seguradora para a contratação do seguro, sendo o valor líquido, sem impostos.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade (DPS)

Documento utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.

Documentos Contratuais

A Apólice, a Proposta e o Endosso.

Doenças e Lesões Preexistentes e suas Consequências

Doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado, anteriormente à data da contratação do seguro, de seu conhecimento, não declarada na contratação do seguro. É caracterizada pela omissão de tratamento ou pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações do seu estado de saúde.

Endosso

Documento emitido pela seguradora por meio do qual se formaliza qualquer alteração na Apólice.

Franquia

Período contínuo fixado na Apólice do Seguro, conforme o caso, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Beneficiário não terá direito à cobertura do seguro.

Hospital

Instituição legalmente autorizada pelo Ministério da Saúde correspondente, para o diagnóstico, cuidados médicos e cirúrgicos de feridos ou doentes, oferecendo centros cirúrgicos, médicos e enfermeiras certificados, disponíveis 24 (vinte e quatro) horas por dia. **Não se entende como estabelecimento hospitalar: casa de saúde, ambulatórios, instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, centro de diagnose, laboratórios, “day hospital”, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.**

Indenização

Valor pago pela Seguradora ao Beneficiário, em caso de ocorrência de evento coberto, limitado ao Capital Segurado da respectiva cobertura contratada vigente na data de ocorrência do evento, apurada conforme condições contratuais.

Médico/Médico-Assistente

Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do segurado. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**

Proponente

Pessoa física interessada em contratar o seguro.

Proposta

Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar cobertura(s), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Reintegração do Capital Segurado

É o restabelecimento do capital segurado após o pagamento de uma indenização.

Relatório Médico

Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do Segurado. **Não será aceito, para fins de caracterização da cobertura, documento emitido por médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependente, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

Segurado Titular

Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Segurado Dependente

Pode ser o cônjuge ou companheiro do Segurado Titular e/ou filho(s) ou enteado(s), quando dependente econômico para fins de Imposto de Renda do Segurado Titular, quando incluído no contrato de seguro, desde que não seja Segurado Titular em outra Apólice desse mesmo seguro.

Seguradora

Empresa legalmente autorizada a comercializar o seguro e que se responsabiliza por determinados riscos, mediante o recebimento do custo do seguro.

Sinistro

Evento passível de cobertura, ocorrido durante o período de vigência do seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

ATENÇÃO:

A(s) Cobertura(s) e Capital(is) Segurado(s) contratados constarão na Apólice do Seguro.

Os riscos cobertos por cada Cobertura e demais particularidades estão estabelecidos na respectiva Condição Especial, que deverá ser interpretada em conjunto com o disposto nas Condições Gerais do seguro, e demais Documentos Contratuais.

COBERTURA BÁSICA

DOENÇAS GRAVES BÁSICA – ADULTO

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. O **primeiro diagnóstico** de uma das Doenças Graves cobertas acometida no Segurado após o início da vigência da cobertura contratada, com as seguintes características:
- a) **CÂNCER PRIMÁRIO (NEOPLASIAS MALIGNAS, LINFOMAS E LEUCEMIAS):** Deve ser diagnosticado por médico habilitado em oncologia e demonstrado por laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso;
 - b) **INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO:** O diagnóstico deve ser baseado em uma história de dor típica no peito, mudanças eletrocardiográficas e elevação de enzimas específicas, angina, obstrução coronariana (evoluindo necessariamente para hipocinesia permanente do músculo cardíaco). Se o diagnóstico de infarto do miocárdio for identificado somente quando do óbito do Segurado, será assegurado o pagamento da indenização do seguro;
 - c) **LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO:** Deve ser diagnosticado por médico reumatologista e demonstrada por exames complementares apropriados;
 - d) **IMPLANTE DE MARCAPASSO DEFINITIVO:** A necessidade do implante deve ser comprovada por laudo de médico habilitado em cardiologia e comprovada por exames complementares apropriados;
 - e) **ANGIOPLASTIA CORONARIANA:** Angioplastia Transluminal Percutânea para tratamento não cirúrgico de obstrução das artérias coronarianas;
 - f) **CIRURGIA DA AORTA:** Cirurgias da artéria aorta realizadas a céu aberto ou a tórax aberto com troca da região afetada por prótese tubular de material sintético;
 - g) **CIRURGIA DE VÁLVULAS CARDÍACAS:** A necessidade da cirurgia para reparos de válvulas com plásticas ou troca por próteses (mecânica ou biológica), deve ser comprovada por laudo de médico habilitado em cardiologia e comprovada por exames complementares apropriados;
 - h) **ANEMIA APLÁSTICA:** Anemias consideradas graves e que apresentam como resultado dano à medula óssea, com consequente redução na produção de glóbulos vermelhos e brancos;
 - i) **ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC):** Deve ser diagnosticado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia, tanto em vida quanto após a morte, e demonstrado por exames complementares apropriados. Deve ser provada a existência de déficit neurológico nos últimos 3 (três) meses;
 - j) **CIRÚRGIA CORONARIANA (A CÉU ABERTO):** A necessidade da cirurgia deve ser comprovada por laudo de médico habilitado em cardiologia e comprovada por exames complementares apropriados;

- k) **INSUFICÊNCIA RENAL CRÔNICA (EM HEMODIÁLISE):** Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada por exames complementares apropriados; e
- l) **TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS VITAIS:** Deve ser indicada por médico especialista habilitado na patologia em questão. Estarão cobertos os transplantes necessários pela perda irreversível da função dos **órgãos vitais** do segurado, a seguir: **(1) CORAÇÃO; (2) FÍGADO; (3) INTESTINO DELGADO; (4) MEDULA ÓSSEA; (5) PÂNCREAS; (6) PULMÃO; e, (7) RIM.**

1.2. O primeiro diagnóstico deve ocorrer em data posterior ao início de vigência da cobertura da apólice e ser comprovado por relatório médico.

1.3. **Estão excluídas, em toda e qualquer hipótese, para efeito deste seguro a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença.**

1.4. Para fins desta cobertura, deverão ser considerados os **critérios** especificados a seguir:

- a) **Acidente Vascular Cerebral:** Obstrução aguda da circulação sanguínea cardiovascular causada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio de fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro, ressonância magnética, e exame de fluido cefalorraquidiano;
- b) **Angioplastia Coronariana:** Angioplastia Trans luminal percutânea para tratamento não cirúrgico de obstrução das artérias coronarianas;
- c) **Carcinoma ou Câncer:** Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin;
- d) **Cirurgia Coronariana (A CÉU ABERTO):** Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que está ou estão estenosadas ou ocluídas, com implante de ponte(s) vascular(es) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação de cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia;
- e) **Cirurgia da Aorta:** Cirurgias da artéria aorta realizadas a céu aberto ou a tórax aberto com troca da região afetada por prótese tubular de material sintético;
- f) **Cirurgia de Válvulas Cardíacas:** Realização de cirurgia cardíaca para reparos de válvulas com plastias ou troca por próteses (mecânica ou biológica);
- g) **Infarto:** É a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O infarto deverá ser comprovado por meio de laudo emitido por médico especialista e exames de eletrocardiograma e laboratoriais (enzimas específicas). **O diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de: (1) História de dores torácicas típicas; (2) Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma–ECG (Depressão de onda, ondas**

T, Q); **(3)** Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB); e, **(4)** Avaliação de enzimas cardíacas, incluindo CK-MB;

- h) Insuficiência renal:** Etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada por meio de exames complementares apropriados;
- i) Lúpus Eritematoso Sistêmico:** Doenças inflamatórias de caráter autoimune devidamente comprovadas por laudo médico especializado e exames complementares e que evoluem com comprometimento de pelo menos um órgão (Rim, Pulmão, Coração ou Sistema Nervoso Central); e
- j) Transplante de Órgãos:** Necessidade médica do segurado de recepção de transplante em função de perda irreversível da função de órgãos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados no item 3 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais estão expressamente excluídos desta cobertura:

- a) Doenças causadas intencionalmente pelo próprio segurado.**
- b) Prejuízos decorrentes de invalidez profissional seja ela permanente ou temporária.**
- c) Os seguintes diagnósticos de câncer: (1) Neoplasia Maligna classificada como carcinoma in situ; (2) Neoplasias Benignas; (3) Neoplasias Malignas de pele não-melanoma; e, (4) Neoplasias não primárias.**
- d) Os infartos do miocárdio antigos demonstrados por meio do ecocardiograma, toda a angina do peito, incluindo angina estável e instável, angina decúbito, infarto do miocárdio sem elevação do segmento “st” no ecocardiograma com elevação da troponina “i” ou “t” e outras síndromes coronárias agudas, além de: (1) Qualquer quadro cardiológico classificado como angina; e (2) Doenças coronarianas sem dano miocárdico, tratada clinicamente com medicamentos.**
- e) Os seguintes eventos para acidente vascular cerebral: (1) Aneurisma cerebral; (2) Ataques isquêmicos transitórios; (3) Qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante de acidente vascular; (4) Qualquer outro tipo de alteração neurológica não originada por um acidente vascular; (5) Injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma; (6) Hemorragia cerebral causada por acidente; (7) Hemorragia cerebral causada por tumores; (8) Hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro; (9) Obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e (10) Sintomas neurológicos causado por enxaquecas.**
- f) Os seguintes diagnósticos de anemia aplástica: (1) anemia ferropriva; (2) anemias de doenças crônicas; (3) anemias causadas por deficiência de vitaminas; e (4) anemia falciforme.**

- g) **Os seguintes eventos para a cirurgia coronariana: (1) Cirurgia tipo “key-hole” (quaisquer procedimentos a tórax fechado); (2) utilizando-se cateteres cirúrgicos); (3) Outros procedimentos intra-arteriais; e (4) quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.**
- h) **Os seguintes eventos para a angioplastia coronária: (1) Exames de cateterismo; (2) Angioplastias para tratamento das demais artérias do corpo humano; e (3) Angioplastias do cérebro ou pulmões.**
- i) **Cirurgia de válvulas cardíacas quando não for necessária a substituição ou reparo da válvula cardíaca que apresente alterações clínicas.**
- j) **Os seguintes eventos para a cobertura de implante de marcapasso definitivo: Marca passo provisório implantado em condições provisórias em caso de infarto do miocárdio, pós-operatório de cirurgias cardíacas ou intoxicação por drogas.**
- k) **Os seguintes eventos para a cirurgia da aorta: (1) procedimentos com implantação de prótese por punção de um vaso da perna; e (2) cirurgia nos ramos da aorta.**
- l) **Os seguintes eventos para a cobertura de lupus eritematoso sistêmico com comprometimento exclusivamente de pele (cutâneo e discoide).**
- m) **Os seguintes eventos para transplante de órgãos vitais: (1) Transplantes de órgãos não relacionados na cobertura; (2) Transplante de tecido; (3) Transplante de células-tronco; (4) Transplante de células-beta do pâncreas; (5) Auto-transplante (transplante de partes do indivíduo em si próprio), exceto de medula óssea; e, (6) Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão.**

3. INÍCIO DE VIGÊNCIA

- 3.1. Esta cobertura começará a vigorar a partir da data de confirmação da contratação do seguro e/ou data de confirmação da contratação para os Segurados Dependentes.

4. ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA ANÁLISE DA COBERTURA

- 4.1. Além do previsto no **item 17 – Elementos Necessários para Análise da Cobertura das Condições Gerais**, para esta cobertura poderá ser solicitada a seguinte **Documentação**:
 - a) **Para o diagnóstico de Câncer** - Relatório Médico devidamente preenchido e assinado pelo médico do segurado, contendo o resultado do exame anatomopatológico, estágio de neoplasia, tratamento realizado e a realizar de modo detalhado e prognóstico; acompanhado do exame anatomopatológico que comprove o diagnóstico de câncer.
 - b) **Para o diagnóstico de Infarto do Miocárdio** - Relatório Médico de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cardiologia demonstrado por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: histórico da dor precordial típica, alteração eletrocardiográfica, alterações das enzimas cardíacas, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso.

- c) **Para o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral** - Relatório Médico de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia; acompanhado dos exames complementares apropriados para o diagnóstico, tais como tomografia computadorizada, ressonância magnética e exame de fluido cefalorraquidiano, entre outros.
- d) **Para o diagnóstico de Anemia Aplástica** - Relatório Médico emitido por médico hematologista com o histórico, diagnóstico e tratamento realizado para a doença hematológica; acompanhado dos exames realizados para o diagnóstico inicial: hemograma incluindo o mielograma.
- e) **Para a Cirurgia Coronariana ou Angioplastia Coronariana** - Relatório Médico emitido por médico cardiologista com o histórico, diagnóstico e tratamentos realizados para a doença cardíaca, acompanhado dos exames complementares iniciais, tais como, eletrocardiograma, exame de cateterismo cardíaco ou (cine angiocoronariografia) ou exame de cintilografia do miocárdio, entre outros.
- f) **Para a Cirurgia de Válvulas Cardíacas** - Relatório Médico emitido por médico especialista em cardiologia com o histórico e diagnóstico da Doença Valvular Cardíaca, acompanhado do exame de ecocardiograma, entre outros.
- g) **Para o Implante de Marcapasso Definitivo** - Relatório Médico emitido por médico especialista em cardiologia com o histórico e diagnóstico da doença cardíaca; acompanhado dos exames de eletrocardiograma, holter de 24 horas e ecocardiograma, entre outros.
- h) **Para a Cirurgia da Aorta** - Laudo emitido por médico especialista em doenças vasculares com o histórico da doença da Artéria de Aorta; e, Exames: ultrassom, ressonância magnética ou tomografia computadorizada, entre outros.
- i) **Para o diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistêmico** - Laudo emitido por médico reumatologista com o histórico, diagnóstico e tratamento realizado para o Lúpus Eritematoso Sistêmico; e, Exames realizados para o diagnóstico e avaliação clínica, hemograma completo, anticorpos nucleares (fato antinuclear), tomografia, prova de função renal, cardiológicos, entre outros.
- j) **Para o diagnóstico Insuficiência Renal Crônica** - Relatório Médico de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia.
- k) **Para o Transplante de Órgãos Vitais** - Relatório Médico de diagnóstico e exames complementares apropriados com recomendação feita pelo menos por 2 (dois) médicos habilitados na especialidade da patologia em questão; acompanhado do laudo emitido pelo médico assistente do segurado com o histórico, diagnóstico do órgão a ser transplantado e qual a indicação clínica para o transplante; e dos exames, entre eles, laudos dos exames de imagem, resultado da biópsia ou do exame anatomopatológico e laboratoriais, entre outros.

5. RATIFICAÇÃO

- 5.1. Ficam mantidas as disposições das Condições Gerais que não tenham sido modificadas por esta cobertura.

COBERTURAS ADICIONAIS

INCLUSÃO FACULTATIVA DE SEGURADO DEPENDENTE

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1.** O cônjuge/companheiro(a) poderá ser incluído como Segurado Dependente com as mesmas coberturas de Doenças Graves do Segurado Titular e capitais segurados definidos conforme item **12 - CAPITAL SEGURADO**.
- 1.2.** O filho(a)/enteado(a) poderá ser incluído como Segurado Dependente com as mesmas coberturas de Doenças Graves do Segurado Titular e capitais segurados definidos conforme item **12 - CAPITAL SEGURADO**.
- 1.3.** Será reconhecido como companheiro, para efeito do seguro, a pessoa que conviva em união estável com o Segurado Titular, ou condição equiparada, de forma pública e notória com o objetivo de constituir família, comprovada por decisão judicial, escritura pública, carta de concessão de benefício pelo órgão previdenciário (INSS) e/ou registro de dependente no Imposto de Renda ou outros documentos que possam demonstrar o fato, a critério da Seguradora.
- 1.3.1. Para demonstrar a união estável podem ser apresentados, dentre outros, os seguintes documentos:**
- a) **Certidão de casamento religioso;**
 - b) **Declaração de Imposto de Renda do segurado, em que conste o companheiro(a) como seu dependente;**
 - c) **Original da Escritura Declaratória de União Estável, ou condição equiparada, firmada em cartório; e**
 - d) **Quaisquer outros documentos que possam levar à convicção do fato a comprovar, a ser avaliado pela seguradora.**
- 1.3.2. Poderão ser encaminhados documentos complementares para auxiliar na demonstração da união estável, tais como:**
- a) **Certidão de nascimento do(s) filho(s) havido em comum;**
 - b) **Anotação constante na Carteira Profissional (CP) e/ou Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), feita pelo órgão competente;**
 - c) **Prova de mesmo domicílio;**
 - d) **Anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados; e**
 - e) **Registro em associação de qualquer natureza, onde conste o interessado como dependente do segurado.**

- 1.4.** Será reconhecido como Filho(a)/Enteado(a), para efeito do seguro, a pessoa que seja comprovadamente descendente ou dependente do Segurado Titular, mediante apresentação dos seguintes documentos:
- a) Certidão de nascimento;**
 - b) Certidão de casamento dos pais (no caso de enteado);**
 - c) Registro de dependente no Imposto de Renda;**
 - d) Declaração de adoção; ou**
 - e) Outros documentos que possam demonstrar a condição de filho ou enteado**
- 1.5.** Não poderá ser incluído como Segurado Dependente, o cônjuge ou companheiro que possua este seguro vigente como Segurado Titular.
- 1.6.** A contratação do seguro para os dependentes é de inteira responsabilidade do Segurado Titular, que deverá declarar e se responsabilizar pela informação sobre o estado de saúde dos mesmos no momento da contratação da cobertura.

2. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

- 2.1.** Esta cobertura começará a vigorar a partir da data da sua contratação para os Segurados Dependentes.

3. CUSTO DO SEGURO

- 3.1.** O custo do seguro relativo a cobertura para o Segurado Dependente será acrescido ao custo do seguro do Segurado Titular.

4. TÉRMINO DAS COBERTURAS DESTA CLÁUSULA

- 4.1.** Além das situações previstas na item **23 - CANCELAMENTO DA APÓLICE** das condições gerais, a cobertura de qualquer segurado dependente terminará obrigatoriamente:
- a) Quando terminar o seguro do segurado titular, qualquer que seja a causa;**
 - b) No caso do Segurado Dependente se separar, de fato ou judicialmente, do Segurado Titular;**
 - c) No caso de término da união estável e/ou pelo fim da convivência conjugal, quando se tratar de companheiro;**
 - d) Quando o filho(a)/enteado(a) completar 18 (dezoito) anos, observado o término da vigência da apólice em vigor e o pagamento do seguro; e**
 - e) Quando o cônjuge/companheiro(a) completar 75 (setenta e cinco) anos, observado o término da vigência da apólice em vigor e o pagamento do seguro.**

5. RATIFICAÇÃO

- 5.1.** Ficam mantidas as disposições das Condições Gerais que não tenham sido modificadas por esta cobertura.

DOENÇAS GRAVES SUPLEMENTAR - ADULTO

1. RISCOS COBERTOS

1.1. O **primeiro diagnóstico** de uma das Doenças Graves cobertas acometidas no Segurado, desde que caracterizada em data posterior ao início da vigência da cobertura, **com as seguintes características:**

- a) **DOENÇA DE ALZHEIMER:** O diagnóstico da doença de Alzheimer deve ser feito por meio de avaliação clínica, testes neuropsicológicos, ressonância magnética ou tomografia computadorizada do crânio, e, quando necessário, exame de líquido cefalorraquidiano com análise de biomarcadores.
- b) **DISTROFIA MUSCULAR:** O diagnóstico deve ser feito por meio de exames genéticos, biópsia muscular, dosagem de enzimas musculares (CK), eletromiografia e ressonância magnética muscular.
- c) **DOENÇAS HEPÁTICAS GRAVES:** O diagnóstico deve ser feito com base em avaliação clínica, exames laboratoriais (função hepática, coagulograma), ultrassonografia com elastografia, tomografia ou ressonância abdominal e, em alguns casos, biópsia hepática, tanto em vida quanto após a morte.
- d) **DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC):** O diagnóstico deve ser feito por meio de espirometria com obstrução não reversível ao broncodilatador, radiografia ou tomografia de tórax, além de avaliação clínica.
- e) **EMBOLIA PULMONAR:** O diagnóstico deve ser feito por angiotomografia de tórax com contraste, cintilografia pulmonar, ecocardiograma e dosagem de dímero-D.
- f) **ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA):** O diagnóstico realizado após avaliação clínica neurológica, eletroneuromiografia e exames laboratoriais para descartar outras causas.
- g) **ESCLEROSE MÚLTIPLA:** O diagnóstico deve ser feito com base na ressonância magnética cerebral e medular, análise do líquido cefalorraquidiano e avaliação neurológica detalhada.
- h) **PANCREATITE CRÔNICA:** O diagnóstico deve ser feito com base em história clínica, tomografia computadorizada, ressonância magnética, colangiopancreatografia por ressonância (CPRM) e testes de função pancreática.
- i) **DOENÇA DE PARKINSON:** O diagnóstico é clínico, complementado por exames de neuroimagem como SPECT cerebral com marcador dopaminérgico e ressonância magnética para exclusão de outras causas.
- j) **POLINEUROPATIA INFLAMATÓRIA:** O diagnóstico deve ser feito com avaliação clínica, eletroneuromiografia, exames laboratoriais e, em alguns casos, biópsia de nervo.
- k) **SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ:** O diagnóstico deve ser feito por avaliação clínica, eletroneuromiografia, análise do líquido cefalorraquidiano com dissociação albuminocitológica e exames sorológicos.

- I) **SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS):** O diagnóstico deve ser feito por testes sorológicos (ELISA e teste confirmatório), carga viral e contagem de linfócitos CD4.

1.2. O primeiro diagnóstico deve ser comprovado por relatório médico emitido em data posterior ao início de vigência da cobertura da apólice.

1.3. **Para fins dessa cobertura, considera-se:**

- a) **Doença de Alzheimer:** As doenças neurológicas degenerativas que se caracterizam com perda progressiva na memória e cognição e que evoluem com quadro clínico demencial.
- b) **Doenças Hepáticas Graves:** Doenças hepáticas que provocam alterações funcionais e anatômicas severas e irreversíveis do fígado (com Icterícia, Perda de Peso, Sangramento Gastrointestinal, Ascite e outros sintomas).
- c) **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC):** Patologias crônicas graves que reduzem a capacidade funcional do pulmão, incluindo o enfisema pulmonar e bronquites crônicas, que evoluem com distúrbios respiratórios moderados ou severos em caráter permanente.
- d) **Embolia Pulmonar:** Embolias Pulmonares, caracterizadas pelo bloqueio da artéria pulmonar ou um de seus ramos, que evoluem com distúrbios respiratórios moderados ou severos em caráter permanente.
- e) **Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA):** Doença degenerativa do sistema nervoso progressiva e irreversível que apresenta sintomas neurológicos em caráter definitivo, principalmente atrofiando a musculatura respiratória e de membros.
- f) **Esclerose Múltipla:** Doença neurológica, progressiva e autoimune que apresenta sintomas neurológicos em caráter definitivo, com comprometimento da função motora ou sensorial.
- g) **Pancreatite Crônica:** Pancreatites crônicas de caráter irreversível que causam danos permanentes no pâncreas.
- h) **Doença de Parkinson:** Doença degenerativa do sistema nervoso central, crônica e progressiva, com quadro clínico que apresenta tremores incapacitantes, rigidez entre as articulações, lentidão motora e perda do equilíbrio.
- i) **Polineuropatia Inflamatória:** Polineuropatias inflamatórias que apresentam sintomas neurológicos em caráter definitivo.
- j) **Síndrome De Guillain-Barré:** Doença autoimune e inflamatória dos nervos periféricos que apresentam sintomas neurológicos em caráter definitivo.
- k) **Síndrome De Imunodeficiência Adquirida – AIDS:** Imunodeficiência causada pelo vírus do HIV que apresentem infecções oportunistas graves e permanentes com manutenção da contagem de linfócitos de CD4 menor 200 células/mm³.
- l) **Distrofia Muscular:** Doenças degenerativas do tecido muscular que evoluem com fraqueza muscular progressiva e perda dos movimentos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados no item 3 - RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais estão expressamente excluídos desta cobertura:

- a) **Doenças causadas intencionalmente pelo próprio segurado;**
- b) **Para Esclerose Múltipla - Doença em fase inicial sem comprometimento Neurológico.**
- c) **Para Esclerose Lateral Amiotrófica - Doença em fase inicial sem manifestação clínica.**
- d) **Para a síndrome de Guillain-Barré - Doença de instalação aguda e que após tratamentos apresentam critérios de cura e assintomáticas.**
- e) **Para a síndrome de polineuropatia inflamatória - Doença de instalação aguda e que após tratamentos apresentou critérios de cura e assintomáticas.**
- f) **Para embolia pulmonar - Doenças que evoluem com distúrbios respiratórios leves ou que apresentem critérios de cura e que evoluem assintomáticas.**
- g) **Para a síndrome de doença pulmonar obstrutiva crônica - Doenças com exames que indiquem distúrbios respiratórios discretos ou leves.**
- h) **Para pancreatite crônica – (1) as pancreatites agudas que evoluem sem alterações anatômicas ou funcionais do pâncreas; e, (2) pancreatite crônica devido ao abuso de álcool, drogas, medicamentos ou por doenças preexistentes.**
- i) **Para hepáticas graves e cirrose hepática – (1) as doenças hepáticas agudas que evoluem sem alterações funcionais ou anatômicas do fígado; e, (2) Doenças hepáticas graves devido ao abuso de álcool, drogas, medicamentos ou por doenças preexistentes.**
- j) **Para a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) - Portador do vírus do HIV assintomático ou com infecções oportunistas transitórios com manutenção da contagem de linfócitos cd4 acima de 200 células/mm3.**

3. INÍCIO DE VIGÊNCIA

3.1. Esta cobertura começará a vigorar a partir da data da sua contratação para os Segurados Dependentes.

4. REENQUADRAMENTO ETÁRIO

4.1. Anualmente, na data de aniversário da apólice, o custo do seguro desta cobertura será reajustado em função da nova idade do segurado, conforme percentuais por idade dispostos no item 13.3 das Condições Gerais.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. O beneficiário da cobertura de Doenças Graves é o próprio segurado.

6. ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A AVALIAÇÃO DA COBERTURA

6.1. Além dos documentos descritos no **item 17 – Elementos Necessários para Avaliação da Cobertura** das Condições Gerais, para esta cobertura poderá ser solicitada a seguinte **Documentação**:

- a) **Para Doença de Alzheimer e Doença de Parkinson** - Laudo emitido por médico neurologista com o histórico, diagnóstico e tratamentos realizados para a doença neurológica; e, exames, tais como, tomografia computadorizada, ressonância magnética ou angiografia cerebral, entre outros.
- b) **Para Esclerose Múltipla, Esclerose Lateral Amiotrófica, Guillain-Barré e Polineuropatia inflamatória** - Laudo emitido por médico neurologista com o histórico, diagnóstico e tratamentos realizados para a doença neurológica; e, exames, tais como, ressonância magnética, eletroneuromiografia e laboratoriais, entre outras.
- c) **Para Embolia Pulmonar** - Laudo emitido por médico pneumologista com o histórico, diagnóstico e tratamentos realizados para a Embolia Pulmonar; e, exames, tais como, angiografia pulmonar, cintilografia ventilação perfusão e tomografia computadorizada, entre outros.
- d) **Para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica** - Laudo emitido por médico pneumologista com o histórico, diagnóstico e tratamentos realizados para a doença pulmonar; e, exames, tais como, tomografia computadorizada do tórax e espirometria, entre outros.
- e) **Para Distrofia Muscular** - Laudo emitido por médico neurologista com o histórico e diagnóstico da doença muscular; e, **exames, tais como, biópsia muscular, entre outros.**
- f) **Para Pancreatite Crônica** - Laudo emitido por médico gastroenterologista com o histórico, diagnóstico e tratamento realizado para a Doença do Pâncreas; e, exames, tais como, ultrassom abdominal e tomografia computadorizada com contraste, entre outros.
- g) **Para Doenças Hepáticas Graves e Cirrose Hepática** - Laudo emitido por médico gastroenterologista com o histórico, diagnóstico e tratamentos realizados para a doença hepática; e, exames, tais como, ultrassom abdominal, ressonância magnética e enzimas hepáticas (TGO e TGP), entre outros.
- h) **Para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)** - Laudo emitido por médico infectologista com o histórico, diagnóstico e tratamento realizado para a doença imunológica; e, exames, tais como, HIV, Elisa, tomografia do tórax, biópsia de pele e laboratoriais, entre outros.

7. RATIFICAÇÃO

7.1. Ficam mantidas as disposições das Condições Gerais que não tenham sido modificadas por esta cobertura.

DOENÇAS GRAVES BÁSICA - INFANTIL

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. O **primeiro diagnóstico** de uma das Doenças Graves cobertas acometida no Segurado, desde que caracterizada **após o início da vigência da cobertura, com as seguintes características:**
- a) **CÂNCER PRIMÁRIO (NEOPLASIAS MALIGNAS, LINFOMAS E LEUCEMIAS):** Deve ser diagnosticado por médico habilitado em oncologia e demonstrado por meio dos laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso. A cobertura contempla neoplasias malignas invasivas, linfomas e leucemias.
 - b) **DOENÇA RENAL FINAL:** O diagnóstico deve ser realizado por médico nefrologista e comprovado por exames laboratoriais e clínicos específicos.
 - c) **ANEMIA FALCIFORME:** O diagnóstico deve ser confirmado por hematologista, com exames laboratoriais específicos, como eletroforese de hemoglobina.
 - d) **ANEMIA APLÁSICA:** O diagnóstico deve ser realizado por hematologista, comprovado com base em critérios clínicos e demonstrado por exames complementares apropriados.
 - e) **LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO:** O diagnóstico deve ser feito por reumatologista, comprovado com base em critérios clínicos e demonstrada por exames complementares apropriados.
 - f) **FEBRE REUMÁTICA:** O diagnóstico deve ser realizado por médico clínico ou cardiologista, comprovado com base em critérios clínicos e demonstrada por exames complementares apropriados.
 - g) **CIRURGIA CORONARIANA (A CÉU ABERTO):** A necessidade da cirurgia deve ser comprovada por laudo de médico habilitado em cardiologia, comprovada com base em critérios clínicos e demonstrada por exames complementares apropriados.
 - h) **CIRURGIA DE VÁLVULA CARDÍACA:** A necessidade deve ser comprovada por cardiologista, com base em critérios clínicos e demonstrada por exames complementares apropriados;
 - i) **CIRURGIA DA AORTA:** A necessidade deve ser comprovada por cardiologista, com base em critérios clínicos e demonstrada por exames complementares apropriados.
 - j) **CARDIOMIOPATIAS GRAVES:** O diagnóstico deve ser realizado por cardiologista, comprovada com base em critérios clínicos e demonstrada por exames complementares apropriados.
 - k) **SÍNDROME MIELODISPLÁSICA:** O diagnóstico deve ser feito por hematologista, comprovado com base em critérios clínicos e demonstrada por exames complementares apropriados.

- I) **TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS VITAIS:** Deve ser indicada por médico especialista habilitado na especialidade da patologia em questão e comprovada com base em critérios clínicos e demonstrada por exames complementares apropriados. Estarão cobertos os transplantes necessários **pela perda irreversível** da função dos seguintes órgãos vitais do Segurado: **(1) CORAÇÃO; (2) FÍGADO; (3) INTESTINO DELGADO; (4) MEDULA ÓSSEA; (5) PÂNCREAS; (6) PULMÃO; (7) RIM.**

1.2. Para fins dessa cobertura, considera-se:

- a) **Carcinoma ou Câncer:** Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolado de células malignas, e invasão de tecidos. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.
- b) **Anemia Falciforme:** Doença genética hereditária que afeta a forma e a função dos glóbulos vermelhos, podendo causar crises dolorosas, infecções recorrentes e comprometimento de órgãos.
- c) **Anemia Aplástica:** caracterizada pela falência da medula óssea, **resultando** em pancitopenia (redução de glóbulos vermelhos, brancos e plaquetas).
- d) **Lúpus Eritematoso Sistêmico:** Doença inflamatória de caráter autoimune devidamente comprovada por laudo médico especializado e exames complementares e que evoluem com comprometimento de pelo menos um órgão (Rim, Pulmão, Coração ou Sistema Nervoso Central).
- e) **Febre Reumática:** Doença inflamatória sistêmica decorrente de infecção estreptocócica, que pode comprometer articulações, pele, sistema nervoso e coração.
- f) **Cirurgia Coronariana:** Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação de cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia.
- g) **Cirurgia de Válvulas Cardíacas:** Realização de cirurgia cardíaca para reparos de válvulas com plastias ou troca por próteses (mecânica ou biológica).
- h) **Cirurgia da Aorta:** Cirurgias da artéria aorta realizadas a céu aberto ou a tórax aberto com troca da região afetada por prótese tubular de material sintético.
- i) **Cardiomiopatias:** Doenças que afetam o músculo cardíaco, podendo comprometer sua função contrátil e causar insuficiência cardíaca.
- j) **Síndrome Mielodisplásica:** Grupo de doenças hematológicas caracterizadas por produção ineficaz de células sanguíneas na medula óssea, podendo evoluir para leucemia mieloide aguda.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados no item 3 - **RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais estão expressamente excluídos desta cobertura:

- a) **Doenças causadas intencionalmente pelo próprio segurado.**

- b) **Para o diagnóstico de Câncer - Neoplasia maligna classificada com carcinoma in situ; Neoplasias benignas; Neoplasias malignas de pele não-melanoma; e, Neoplasias não primárias.**
- c) **Para Anemia Aplástica e Anemia Falciforme - Anemia ferropriva; Anemias de doenças crônicas; e, Anemias causadas por deficiência de vitaminas.**
- d) **Para Cirurgia Coronariana - Cirurgia tipo “key-hole” (quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando-se cateteres cirúrgicos); Outros procedimentos intra-arteriais; e, Quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.**
- e) **Para Cirurgia de Válvulas Cardíacas - não for necessária a substituição ou reparo da válvula cardíaca que apresente alterações clínicas.**
- f) **Para Cirurgia da Aorta - os procedimentos com implantação de prótese por punção de um vaso da perna; e, Cirurgia nos ramos da aorta.**
- g) **Para Lúpus Eritematoso Sistêmico com comprometimento exclusivamente de pele (cutâneo e discoide).**
- h) **Para Doença Renal Final - quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.**
- i) **Para Transplante de Órgãos Vitais - transplantes de órgãos não relacionados no item 1.1 “I” desta cobertura; Transplante de tecido; Transplante de células-tronco; Transplante de células-beta do pâncreas; Auto-transplante (transplante de partes do indivíduo em si próprio), exceto de medula óssea; e, quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão.**

3. ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DA COBERTURA

3.1. Além do descrito no item **17 – Elementos Necessários para Avaliação da Cobertura** das Condições Gerais, para a análise desta cobertura são necessários os seguintes Documentos:

3.1.1. Para a comprovação do diagnóstico de Câncer:

- a) Declaração médica, devidamente preenchida e assinada pelo médico do segurado, contendo o resultado do exame anatomopatológico, estágio de neoplasia, tratamento realizado e a realizar de modo detalhado e prognóstico;
- b) Exame anatomopatológico que comprove o diagnóstico de câncer; e,
- c) Laudo do perito médico, quando solicitado pela Seguradora.

- 3.1.2. Para a comprovação de Doença Renal Final** - Relatório Médico de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia.
- 3.1.3. Para a comprovação de Anemia Aplástica e Anemia Falciforme:**
- a) Relatório Médico emitido por médico hematologista com o histórico, diagnóstico e tratamento realizado para a doença hematológica; e
 - b) Exames realizados para o diagnóstico inicial: hemograma e mielograma, entre outros.
- 3.1.4. Para a comprovação de Lúpus Eritematoso Sistêmico:**
- a) Laudo emitido por médico reumatologista com o histórico, diagnóstico e tratamento realizado; e
 - b) Exames realizados para o diagnóstico e avaliação clínica, hemograma completo, anticorpos nucleares (fato antinuclear), tomografia, prova de função renal, cardiológicos, entre outros.
- 3.1.5. Para a comprovação de Febre Reumática:**
- a) Laudo emitido por médico reumatologista com o histórico, diagnóstico; e
 - b) Exames realizados para o diagnóstico e avaliação clínica, hemograma completo, eletrocardiograma (ECG), Ecocardiograma com Doppler.
- 3.1.6. Para a comprovação da necessidade de Cirurgia Coronariana:**
- a) Relatório Médico emitido por médico cardiologista com o histórico, diagnóstico e tratamentos realizados para a doença cardiológica; e
 - b) Exames complementares iniciais: eletrocardiograma, exame de cateterismo cardíaco ou (cine angiocoronariografia) ou exame de cintilografia do miocárdio.
- 3.1.7. Para a comprovação da necessidade de Cirurgia de Válvula Cardíaca:**
- a) Relatório Médico emitido por médico especialista em cardiologia com o histórico e diagnóstico da Doença Valvular Cardíaca; e
 - b) Exame de ecocardiograma.
- 3.1.8. Para a comprovação da necessidade de Cirurgia da Aorta:**
- a) Laudo emitido por médico especialista em doenças vasculares com o histórico da doença da Artéria de Aorta; e
 - b) Exames: ultrassom, ressonância magnética ou tomografia computadorizada.
- 3.1.9. Para a comprovação de Cardiomiopatias:**
- a) Relatório Médico emitido por médico cardiologista com o histórico, diagnóstico e tratamentos realizados para a doença cardiológica; e

- b) Exames complementares iniciais: eletrocardiograma, exame de cateterismo cardíaco ou (cine angiocoronariografia) ou exame de cintilografia do miocárdio.

3.1.10. Para a comprovação da Síndrome Mielodisplásica:

- a) Laudo emitido por médico onco-hematologista ou hematologista com o histórico, diagnóstico; e
- b) Exames realizados para o diagnóstico e avaliação clínica, hemograma completo, eletrocardiograma (ECG), Ecocardiograma com Doppler.

3.1.11. Para comprovação da necessidade de Transplante de Órgãos Vitais:

- a) Relatório Médico de diagnóstico e exames complementares apropriados com recomendação feita pelo menos por 2 (dois) médicos habilitados na especialidade da patologia em questão; e
- b) Exames realizados para o diagnóstico e avaliação clínica, hemograma completo e exame da medula óssea (mielograma e biópsia).

4. RATIFICAÇÃO

- 4.1. Ficam mantidas as disposições das Condições Gerais que não tenham sido modificadas por esta cobertura.

DOENÇAS GRAVES SUPLEMENTAR - INFANTIL

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. O **primeiro diagnóstico** de uma das Doenças Graves cobertas acometidas no Segurado, desde que caracterizada em data posterior ao início da vigência da cobertura, **com as seguintes características**:
- a) **ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÊMICA GRAVE:** Diagnóstico definitivo e inequívoco de artrite idiopática juvenil sistêmica que resulte em cirurgia para substituição de articulação comprometida por prótese ou manifestações extra-articulares típicas. O diagnóstico deve ser confirmado por médicos reumatologista e ortopedista, comprovado com base em critérios clínicos e demonstrado por exames complementares apropriados.
 - b) **ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL:** O diagnóstico deve ser realizado por meio de testes genéticos, eletroneuromiografia e avaliação clínica neuromuscular.
 - c) **DIABETES INFANTIL:** O diagnóstico deve ser realizado por meio de dosagem de glicemia de jejum, teste oral de tolerância à glicose, hemoglobina glicada (HbA1c) e glicemia aleatória com sintomas típicos.
 - d) **DISTROFIA MUSCULAR:** Deve ser diagnosticado por médico habilitado em neurologia e demonstrado por exames complementares apropriados.
 - e) **DOENÇAS HEPÁTICAS GRAVES:** O diagnóstico deve ser feito com exames laboratoriais hepáticos, sorologias virais, elastografia hepática, ultrassonografia, tomografia ou biópsia hepática.
 - f) **EPILEPSIA GRAVE:** O Diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista ou neuropediatra, comprovado com base em critérios clínicos e demonstrado por exames complementares apropriados.
 - g) **MENINGITE BACTERIANA:** O diagnóstico deve ser feito por punção lombar com análise do líquen, cultura, hemoculturas e exames de imagem cerebral quando necessário.
 - h) **MIASTENIA GRAVIS:** O diagnóstico deve ser feito por testes clínicos, pesquisa de anticorpos (anti-AChR), eletroneuromiografia de repetição e teste do edrofônio ou neostigmina.
 - i) **PANCREATITE CRÔNICA:** O diagnóstico deve ser feito com base em história clínica, tomografia computadorizada, ressonância magnética, colangiopancreatografia por ressonância (CPRM) e testes de função pancreática.
 - j) **POLINEUROPATIA INFLAMATÓRIA:** O diagnóstico deve ser feito com avaliação clínica, eletroneuromiografia, exames laboratoriais e, em alguns casos, biópsia de nervo.
 - k) **SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ:** O diagnóstico deve ser feito por avaliação clínica, eletroneuromiografia, análise do líquido com dissociação albumino-citológica e exames sorológicos.

- I) **PERDA DE VISÃO OU SURDEZ:** Perda irreversível, total ou quase total, da visão ou adição de ambos os aparelhos sensoriais causada exclusivamente por doença, considerando: **(1) Visão:** Acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível ou campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível; e, **(2) Surdez:** Os limiares auditivos sensorio-neurais aferidos por audiograma devem ser maiores ou iguais a 90dB (decibéis), simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz e em ambas as orelhas. O diagnóstico deve ser feito por médico otorrinolaringologista, evidenciado por exames audiológicos apropriados para idade e aceito pelas sociedades médico-científicas especializadas.

1.2. Para fins dessa cobertura, considera-se:

- a) **Artrite Idiopática Juvenil Sistêmica Grave:** Doença inflamatória crônica de causa desconhecida que afeta crianças e adolescentes, caracterizada por febre alta diária, erupções cutâneas, inflamação articular e comprometimento sistêmico, como serosite, linfadenopatia e hepatoesplenomegalia. Pode evoluir com destruição articular, atraso no crescimento e comprometimento de órgãos vitais.
- b) **Atrofia Muscular Espinhal:** Doença genética autossômica recessiva caracterizada pela degeneração dos neurônios motores da medula espinhal, resultando em fraqueza muscular progressiva, atrofia, e comprometimento respiratório. Causada por mutações no gene SMN1.
- c) **Diabetes Infantil:** Doença metabólica crônica caracterizada por hiperglicemia persistente devido à deficiência na secreção ou ação da insulina. Pode causar complicações microvasculares (retinopatia, nefropatia, neuropatia) e macrovasculares (doença cardiovascular).
- d) **Doenças Hepáticas Graves:** Doenças hepáticas que provocam alterações funcionais e anatômicas severas e irreversíveis do fígado (com Icterícia, Perda de Peso, Sangramento Gastrointestinal, Ascite e outros sintomas).
- e) **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC):** Patologias crônicas graves que reduzem a capacidade funcional do pulmão, incluindo o enfisema pulmonar e bronquites crônicas, que evoluem com distúrbios respiratórios moderados ou severos em caráter permanente.
- f) **Pancreatite Crônica:** Pancreatites crônicas de caráter irreversível que causam danos permanentes no pâncreas.
- g) **Polineuropatia Inflamatória:** Polineuropatias inflamatórias que apresentam sintomas neurológicos em caráter definitivo.
- h) **Síndrome De Guillain-Barré:** Doença autoimune e inflamatória dos nervos periféricos que apresentam sintomas neurológicos em caráter definitivo
- i) **Distrofia Muscular:** Doenças degenerativas do tecido muscular que evoluem com fraqueza muscular progressiva e perda dos movimentos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados no item 3 - **RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais estão expressamente excluídos desta cobertura:

- a) **Doenças causadas intencionalmente pelo próprio segurado.**
- b) **Para a cobertura de síndrome de Guillain-Barré - Doença de instalação aguda e que após tratamentos apresentam critérios de cura e assintomáticas.**
- c) **Para a cobertura de síndrome de polineuropatia inflamatória - Doença de instalação aguda e que após tratamentos apresentou critérios de cura e assintomáticas.**
- d) **Para a cobertura de pancreatite crônica - as pancreatites agudas que evoluem sem alterações anatômicas ou funcionais do pâncreas; e, Pancreatite crônica devido ao abuso de álcool, drogas, medicamentos ou por doenças preexistentes.**
- e) **Para a cobertura de Meningite Bacteriana - meningite asséptica, viral, parasitária ou não infecciosa.**
- f) **Para Artrite Idiopática Juvenil Sistêmica Grave - crises convulsivas focais (parciais) simples ou complexas; síndromes epiléticas benignas; epilepsias passíveis de tratamento neurocirúrgico.**
- g) **Para a Epilepsia Grave - Artrite idiopática juvenil sistêmica que não tenha resultado em cirurgia para substituição de articulação; Artrite viral e pós-infecciosa; outras doenças inflamatórias autoimunes.**
- h) **Para Perda de Visão e Surdez – (1) Perda da visão decorrente de: doenças hereditárias ou congênitas; infecções adquiridas na gestação; (2) Perda da audição decorrente de: doenças hereditárias ou congênitas; de infecções adquiridas na gestação; e, trauma (acidente pessoal).**
- i) **Para Doenças Hepáticas Graves e Cirrose Hepática - as doenças hepáticas agudas que evoluem sem alterações funcionais ou anatômicas do fígado; e, doenças hepáticas graves devido ao abuso de álcool, drogas, medicamentos ou por doenças preexistentes.**

3. ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A AVALIAÇÃO DA COBERTURA

3.1. Além dos descritos no item 17 – **Elementos Necessários para Avaliação da Cobertura** das Condições Gerais, para esta cobertura poderá solicitar os seguintes **Documentos**:

- a) **Para Guillain-Barré e Polineuropatia Inflamatória - Laudo emitido por médico neurologista com o histórico, diagnóstico e tratamentos realizados para a doença neurológica; e, exames, tais como, ressonância magnética, eletroneuromiografia e laboratoriais.**
- b) **Para Distrofia Muscular - Laudo emitido por médico neurologista com o histórico e diagnóstico da doença muscular; e, exames, tais como biópsia muscular.**

- c) **Para Pancreatite Crônica** - Laudo emitido por médico gastroenterologista com o histórico, diagnóstico e tratamento realizado para a Doença do Pâncreas; e, exames, tais como, ultrassom abdominal e tomografia computadorizada com contraste.
- d) **Para Meningite Bacteriana** - Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença, elaborado por Médico habilitado em infectologia ou pediatria; e, exames complementares apropriados.
- e) **Para Epilepsia Grave** - Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico a doença, elaborado por Médico habilitado em neurologia ou neuropediatria; e, exames complementares apropriados, tais como, eletroencefalograma (EEG), ressonância magnética de encéfalo, tomografia computadorizada.
- f) **Para Perda de Visão** - Relatório Médico, devidamente preenchido, com a identificação do médico com CRM e assinado, com diagnóstico da doença elaborado por Médico habilitado em oftalmologia; e, exames complementares apropriados.
- g) **Para Surdez** - Relatório Médico, devidamente preenchido, com a identificação do médico com CRM e assinado, com diagnóstico da doença elaborado por Médico habilitado em otorrinolaringologia; e, exames complementares apropriados (audiológicos).
- h) **Para Doenças Hepáticas Graves** - Laudo emitido por médico gastroenterologista com o histórico, diagnóstico e tratamentos realizados para a doença hepática; e, exames, tais como, ultrassom abdominal, ressonância magnética e enzimas hepáticas (TGO e TGP).
- i) **Para Artrite Idiopática Juvenil Sistêmica Grave** - Relatório Médico, devidamente preenchido, com a identificação do médico com CRM e assinado, com diagnóstico da doença, elaborado por Médico habilitado em reumatologia e ortopedia; e, exames complementares apropriados.
- j) **Para Diabetes Infantil** - Relatório Médico, devidamente preenchido, com a identificação do médico com CRM e assinado, com diagnóstico da doença elaborado por Médico habilitado em endocrinologia; e, exames complementares apropriados (de sangue e endócrinos).
- k) **Para Atrofia Muscular Espinhal** - Relatório Médico, devidamente preenchido, com a identificação do médico com CRM e assinado, com diagnóstico da doença elaborado por Médico habilitado em neurologia ou neuropediatria; e, exames complementares apropriados.
- l) **Para o evento decorrente de Miastenia Gravis** - Relatório Médico, devidamente preenchido, com a identificação do médico com CRM e assinado, com diagnóstico da doença elaborado por Médico habilitado em neurologia ou neuropediatria; e, exames complementares apropriados.

4. RATIFICAÇÃO

- 4.1. Ficam mantidas as disposições das Condições Gerais que não tenham sido modificadas por esta cobertura.

DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1.1.** O **desemprego involuntário e sem justa causa do Segurado em plena atividade profissional, com vínculo empregatício.** Para fins deste seguro, considera-se “**Desemprego Involuntário**” quando o trabalhador segurado ficar, comprovadamente, desempregado por vontade e iniciativa do empregador, **desde que a demissão não tenha sido por justa causa.**
- 1.1.2.** **Serão elegíveis** todas as pessoas físicas, observado o limite de idade estabelecido no item **10 - CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO** das Condições Gerais e que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis de Trabalho, que comprove, no mínimo, 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto **no último vínculo para o mesmo empregador, com jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data da caracterização do evento coberto.**
- 1.1.3.** Se no decorrer da vigência do seguro o Segurado deixar a condição de empregado com carteira de trabalho assinada, nos termos do item **1.1.2.**, **deve comunicar imediatamente à Seguradora para que seja realizada a exclusão da cobertura do seguro.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1.** Além das exclusões previstas no **item 3 - RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais do seguro, não haverá cobertura para:
- a)** **Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho.**
 - b)** **Demissão por justa causa do trabalhador Segurado.**
 - c)** **Jubilção, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado.**
 - d)** **Programas de Demissão Voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do Segurado.**
 - e)** **Estágios e contratos de trabalho temporário em geral.**
 - f)** **Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial.**
 - g)** **Quando o vínculo empregatício entre empregado (Segurado) e empregador (proprietário ou sócio da empresa empregadora) apresentar relação de parentesco envolvendo cônjuge, companheiro, filhos, netos, pais, avós, irmãos, sobrinhos, tios, primos, cunhados e sogros.**
 - h)** **Funcionários e administradores com contrato de trabalho regido por estatuto.**
 - i)** **Rescisão do contrato de trabalho negociada entre Segurado e seu empregador.**

- j) **Transferência entre empresas, decorrente de fusões, aquisições e/ou parceiras.**
- k) **Afastamento do trabalho por necessidade de cumprimento de serviço militar obrigatório e afastamento médico.**
- l) **Aposentados que não estejam em plena atividade.**
- m) **Empregados em período de experiência.**
- n) **Rescisão do Contrato de Trabalho por Morte.**
- o) **Funcionários que possuam contrato de Trabalho por Prazo Determinado.**

3. FRANQUIA

- 3.1. **Haverá franquia de 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data de ocorrência do evento coberto.**
- 3.2. **O Segurado terá direito à indenização somente se continuar desempregado após o cumprimento do período de franquia.**

4. DO ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 4.1. **O âmbito territorial da cobertura é o território nacional.**

5. DATA DO EVENTO

- 5.1. **Para efeito desta cobertura, considera-se como data do evento:**
 - a) **Em caso de cumprimento de aviso prévio:** o dia anterior à data da comunicação do aviso prévio pelo empregador ao empregado; e
 - b) **Em caso de dispensa do cumprimento de aviso prévio:** o dia anterior à data de desligamento do segurado.

6. ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DA COBERTURA

- 6.1. **Além dos previstos no item 17 – Elementos Necessários para Avaliação da Cobertura das Condições Gerais, para esta cobertura poderão ser solicitados os seguintes Documentos:**
 - a) **Cópia das seguintes páginas da Carteira de Trabalho (página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa, e página posterior em branco); e**
 - b) **Cópia do termo de rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.**

7. REINTEGRAÇÃO

- 7.1. **A reintegração do Capital Segurado desta cobertura é automática após a indenização, até o limite de 3 (três) eventos por apólice. Após a indenização do terceiro evento, a cobertura será excluída do seguro automaticamente e não será possível realizar nova inclusão em caso de repactuação do seguro.**

- 7.2. **Após o pagamento de indenização por Desemprego Involuntário (DI) o segurado deverá comprovar novo período de 365 dias de trabalho ininterruptos para o mesmo empregador, para ter direito à outra indenização por desemprego involuntário, limitado ao número de eventos cobertos por apólice.**

8. RATIFICAÇÃO

- 8.1. Ficam mantidas as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta cobertura.

DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. No caso do Segurado Titular ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente, **por período temporário**, de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de Acidente Pessoal coberto ou por doença, desde que ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, será devido o pagamento do valor do Capital Segurado fixado por dia, até o limite de diárias contratado, conforme estabelecido na Apólice, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, observado o período de Franquia.
- 1.2. **Para efeito de determinação do valor fixo à ser pago por dia**, deve-se considerar o valor total de Capital Segurado e o limite máximo de diárias indenizáveis contratados, conforme definido na Apólice.
- a) Para fins deste seguro, considera-se “**Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença**” aquela pela qual o segurado fique, comprovadamente, temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período superior a 15 (quinze) dias consecutivos.
 - b) Será elegível o segurado titular, que esteja em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da contratação do seguro.
 - c) **A cobertura somente será devida a partir do primeiro dia após o período da franquia do seguro.**

2. CARACTERIZAÇÃO DE ACIDENTE PESSOAL

- 2.1. A Cobertura de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença, deverá observar os critérios abaixo relacionados.
- 2.2. Para a caracterização da cobertura, será considerado **Acidente Pessoal** exclusivamente o evento com data determinada, exclusivo e **diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física** que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência evento coberto, observadas as seguintes condições:

2.2.1. Eventos cobertos:

- a) Suicídio ou a sua tentativa, observado o prazo de carência.
- b) Acidentes decorrentes de:
 - 1) Ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto.
 - 2) Escapamento acidental de gases e vapores.
 - 3) Sequestros e tentativas de sequestros.
 - 4) Alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.2.2. Eventos não cobertos:

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ressalvadas as provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por 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 como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.**
- d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido neste item 2.**

2.3. **O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença e não se enquadra no conceito de Acidente Pessoal.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além das exclusões previstas no item 3 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais do seguro, são exclusões específicas desta cobertura:**

- a) **Lesão intencionalmente auto infligida pelo Segurado.**
- b) **Incapacidades, doenças, lesões traumáticas e cirurgias não decorrentes de acidentes ou decorrentes de acidentes comprovadamente anteriores à contratação do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerativas delas consequentes;**
- c) **Ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;**
- d) **Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia; e**
- e) **Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pelo seguro vigente.**

4. REENQUADRAMENTO ETÁRIO

- 4.1. Anualmente, na data de aniversário da apólice, o custo do seguro desta cobertura será reajustado em função da nova faixa-etária do segurado, conforme percentuais dispostos na tabela a seguir:

Percentual de Reenquadramento Anual	
Faixa-etária	% de Reajuste
De 19 a 24 anos	-
De 25 a 29 anos	29,5506%
De 30 a 34 anos	29,5495%
De 35 a 39 anos	29,5497%
De 40 a 44 anos	29,5497%
De 45 a 49 anos	29,5496%
De 50 a 54 anos	29,5499%
De 55 a 59 anos	29,5497%
De 60 a 64 anos	29,5499%
De 65 a 69 anos	29,5497%
A partir de 70 anos	29,5498%

5. FRANQUIA

- 5.1. Haverá franquia de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de ocorrência do evento coberto.
- 5.2. O Segurado terá direito à indenização somente se continuar incapacitado após o cumprimento do período de franquia.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

O âmbito territorial da cobertura é o território nacional.

7. DATA DO EVENTO

- 7.1. Para efeito desta cobertura, será considerada a data do acidente ou diagnóstico da doença que gerou a incapacidade física temporária.

8. CAPITAL SEGURADO

- 8.1. O Capital Segurado será definido na Apólice, respeitando o limite máximo de 60 (sessenta) diárias e, corresponde ao valor máximo de indenização diária devida na ocorrência de um evento coberto.
- 8.2. A cobertura consiste no pagamento da diária fixada na apólice e não reembolsa despesas com a internação.
- 8.3. Para os casos de novo afastamento, após alta médica decorrente do mesmo evento, serão somadas as diárias do afastamento anterior e observado o limite máximo contratado, pois será considerado como mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os afastamentos for superior a 6 (seis) meses.

9. ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DA COBERTURA

9.1. Além do previsto no **item 17 – Elementos Necessários para Avaliação da Cobertura das Condições Gerais**, para esta cobertura poderão ser solicitados os seguintes **Documentos**:

- a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- b) Exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária, original ou cópia simples;
- c) Documentos que comprovem o cargo público, tais como termo de nomeação e posse, declaração de acumulação ou não de cargo público, declaração de exercício, cargo e jornada de trabalho, comprovante de renda, entre outros; e
- d) Cópia do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser: Última declaração do Imposto de Renda; Recibo de Pagamento Autônomo; Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; comprovante do pagamento INSS dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; Inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do evento coberto; Certificado de Condição de Microempreendedor Individual (MEI); Declaração Comprobatória de Percepção de Rendimentos (Decore); e, Contrato de Prestação de Serviços.

9.2. **Documentação em caso de incapacidade temporária por Acidente Pessoal:**

- a) Boletim de Ocorrência Policial (BO);
- b) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT);
- c) Laudo de Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
- d) Laudo dos Exames Toxicológicos e de Dosagem Alcoólica ou Declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames;
- e) Habilitação do Segurado, no caso de acidente na condução de veículos, aeronaves ou embarcações;
- f) Certificado de Treinamento realizado pelo operador do veículo e/ou equipamento;
- g) Inquérito Policial ou sua Certidão;
- h) Relatório do atendimento médico hospitalar;
- i) Brevê de Piloto, em caso de acidente aeronáutico e se o segurado for o piloto; e
- j) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor.

- 9.3. Não serão admitidos documentos ilegíveis ou rasurados.
- 9.4. A seguradora se reserva ao direito de submeter o segurado a exames realizados por médico de sua indicação para constatar o evento ocorrido.

10. REINTEGRAÇÃO

- 10.1. O segurado deverá continuar pagando o valor integral do custo do seguro, independentemente de qualquer indenização que tenha sido efetuada **em caso de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença, pois o capital é reintegrado.**
- 10.2. A reintegração do capital segurado desta cobertura é automática após a indenização, até o limite de 3 (três) eventos por apólice. **Após a indenização do terceiro evento, a cobertura será excluída da apólice automaticamente e não será possível realizar nova inclusão em caso de repactuação do seguro.**
- 10.3. **Após o pagamento das Diárias por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença, somente após 180 dias, a contar da data do término da incapacidade constatada, é que o Segurado estará elegível à indenização de um novo evento de incapacidade física temporária por acidente, desde que não seja decorrente de acidente do evento anterior.**

11. RATIFICAÇÃO

- 11.1. Ficam mantidas as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas por esta cobertura.