

jun/2015

Condições Gerais

Seguro de Vida Individual Total

MONGERAL AEGON

Construa seu amanhã

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO	6
2) DEFINIÇÕES	6
3) COBERTURAS DO SEGURO	8
4) RISCOS EXCLUÍDOS	9
5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS	10
6) CARÊNCIAS E FRANQUIA	10
7) ACEITAÇÃO DO SEGURO	11
8) VIGÊNCIA DA COBERTURA	12
9) VIGÊNCIA DO SEGURO	12
10) CAPITAL SEGURADO	12
11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	12
12) APLICABILIDADE DE MORA	15
13) PAGAMENTO DE PRÊMIO	15
14) CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO E CANCELAMENTO DAS COBERTURAS	15
15) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	17
16) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	17
17) DISPOSIÇÕES GERAIS	18
18) FORO	19

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1) OBJETIVO DA COBERTURA	19
2) RISCOS EXCLUÍDOS	20
3) CAPITAL SEGURADO	21
4) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	21
5) BENEFICIÁRIOS	22

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA	22
2) CAPITAL SEGURADO	23
3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	23
4) BENEFICIÁRIOS	24

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA	24
2) CAPITAL SEGURADO	25
3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	25
4) BENEFICIÁRIOS	25

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1) OBJETIVO DA COBERTURA	26
--------------------------------	----

2) RISCOS COBERTOS	26
3) RISCOS EXCLUÍDOS	27
4) CAPITAL SEGURADO	28
5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	28
6) BENEFICIÁRIOS	29

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA	29
2) CAPITAL SEGURADO	32
3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	32
4) BENEFICIÁRIOS	32

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM MAJORAÇÃO

1) OBJETIVO DA COBERTURA	32
2) CAPITAL SEGURADO	35
3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	35
4) BENEFICIÁRIOS	35

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO

1) OBJETIVO DA COBERTURA	36
2) GLOSSÁRIO	36
3) COBERTURA	37
4) RISCOS EXCLUÍDOS	39
5) NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA.....	39
6) CAPITAL SEGURADO	39
7) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	39
8) BENEFICIÁRIOS	40

ANEXO DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF	41
--	----

Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A.
CNPJ: 33.608.308/0001-73

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
TOTAL**
PROCESSO SUSEP Nº. 15414.900266/2013-92

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO

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

Parágrafo Único. Devido a natureza do regime financeiro de repartição simples onde cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período, neste plano não será permitida a concessão de resgate ou devolução de quaisquer prêmios pagos.

2) DEFINIÇÕES

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

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

a.1) Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

- suicídio, ou a sua tentativa;
- ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- escapamento acidental de gases e vapores;
- sequestros e tentativas de sequestros; e
- alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

a.2) Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

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

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

- as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

- b) **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente;
- c) **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro;
- d) **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro;
- e) **Carregamento:** importância destinada a atender as despesas administrativas e de comercialização;
- f) **Coberturas:** são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto;
- g) **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais e da apólice;
- h) **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;
- i) **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários;
- j) **Consignante:** pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados;
- k) **Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento e não foram declaradas na proposta de contratação na data da contratação de seguro;
- l) **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas condições gerais;
- m) **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro a seguradora;
- n) **Franquia:** é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização para a cobertura de diária de incapacidade temporária. **A franquia é deduzida por evento;**
- o) **Hospital:** é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. **Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;**
- p) **Incapacidade Temporária:** é o afastamento temporário do segurado das atividades relativas a sua profissão ou ocupação por incapacidade decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, e comprovada por determinação médica;
- q) **Indenização:** valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado;

- r) **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora;
- s) **Médico do Segurado:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos laudos de médicos onde o mesmo é o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina;
- t) **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;
- u) **Período de Cobertura:** aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;
- v) **Período de Sobrevivência:** período em que um segurado coberto precisa sobreviver, após o diagnóstico de uma doença grave coberta, a fim de se tornar elegível para a cobertura contratada. Se a morte ocorrer durante o período de sobrevivência, nenhuma indenização será devida;
- w) **Prazo de Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados;
- x) **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;
- y) **Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;
- z) **Proponente:** o interessado em contratar a cobertura;
- aa) **Proposta de Contratação:** documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;
- ab) **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais ou nas condições especiais, que não serão cobertos pelo plano;
- ac) **Segurado:** pessoa(s) física(s) sobre a(s) qual(is) se estabelecerá o seguro;
- ad) **Segurado Principal:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e que subscreveu o plano de seguro;
- ae) **Seguradora:** é a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas condições gerais;
- af) **Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro; e
- ag) **Vigência da Cobertura:** é o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 3º - O seguro terá as seguintes coberturas, as quais não poderão ser contratadas isoladamente:

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

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

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

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

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

VI. Doenças Graves (DG): É a garantia do pagamento de um capital segurado em caso de diagnóstico positivo de uma das doenças graves previstas nas condições especiais, diagnosticadas durante o período de cobertura.

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

Art. 4º - Os módulos disponíveis para contratação são os seguintes:

- 1) M + MAC + IPA + IFPDA;
- 2) M + MAC + IPA + IFPDA + DIT;
- 3) M + MAC + IPAM + DG;
- 4) M + MAC + IPAM + DG + DIT.

3.1) Cobertura Suplementar:

Art. 5º - O cônjuge poderá ser incluído de forma facultativa pelo segurado principal, tendo o cônjuge o equivalente a 100% do capital segurado do segurado principal para a cobertura de Morte e, também, 100% do capital segurado para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com ou sem Majoração.

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

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 6º - Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de doenças preexistentes à contratação do seguro de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação;

- d) prática, por parte do segurado, dos beneficiários ou pelo representante de um e de outro, de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave, equiparável ao dolo, ou atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;
- e) de acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) epidemias e/ou pandemias declaradas por órgão competente;
- g) gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto, exceto se decorrentes de acidente pessoal coberto;
- h) anomalias do nascimento, independentemente de quando se manifestem de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação; e
- i) de suicídio ou tentativa de suicídio do Segurado, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso.

Art. 7º - Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

Art. 8º - As coberturas do seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, com exceção da cobertura de diária por incapacidade temporária, cuja validade da cobertura se aplica para incapacidade decorrente de doença ou acidente ocorridos em território brasileiro.

Parágrafo Único. As coberturas de invalidez e incapacidade temporária são válidas somente para diagnóstico em território brasileiro.

6) CARÊNCIAS E FRANQUIA

Art. 9º - Não haverá prazo de carência para as coberturas de Morte, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração e Invalidez Funcional Permanente por Doença.

Art. 10 - Para a cobertura de Doenças Graves, o prazo de carência será de 60 (sessenta) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual. Caso a cobertura seja suspensa, a contagem do prazo será interrompida, sendo retomada no momento da reabilitação.

Art. 11 - Para a cobertura de Diária por Incapacidade Temporária serão adotados os seguintes períodos de carência:

- a) 150 (cento e cinquenta) dias para a cobertura de diária por incapacidade temporária, cujo evento gerador seja decorrente de:
 - 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, tais como tendinites, sinovites, tenossinovites, cervicobraquialgias artrites, bursites e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados aos Distúrbios Osteo-musculares Relacionados 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;

- qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
 - diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
 - cirrose hepática;
 - doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer; doença de Parkinson, entre outras; e
 - lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas, dorsopatias, cervicobraquialgias.
- b) 60 (sessenta) dias para a cobertura de diária por incapacidade temporária, cujo evento gerador seja decorrente de doença e não esteja previsto na alínea a) do Art. 11.

Parágrafo Único. Para a cobertura de diária por incapacidade temporária, não haverá prazo de carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais.

Art. 12 - O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do seguro.

Art. 13 - Será estabelecida franquia de 10 (dez) dias para a cobertura de Diária por Incapacidade Temporária, contada a partir da data do evento coberto.

Parágrafo Único. Não será estabelecida franquia para as demais coberturas previstas no seguro.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

Art. 14 - Poderão ser incluídos no seguro os proponentes com idade mínima de 16 (dezesesseis) anos e máxima de 60 (sessenta) anos, mediante a assinatura pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e o preenchimento completo da proposta de contratação, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

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

§ 2º. O seguro será automaticamente aceito, caso a seguradora não manifeste a recusa da proposta de contratação por escrito ao proponente, no prazo de 15 (quinze) dias, devidamente justificada. Este prazo será suspenso quando a seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos riscos, o que poderá ocorrer somente uma única vez, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega dos mesmos.

§ 3º. Em caso de recusa do risco, onde tenha sido efetuado o pagamento do prêmio, após a formalização da recusa pela seguradora, o valor pago deduzido da parcela pro rata temporis correspondente ao período que tiver prevalecido a cobertura, compreendido entre a data de recepção do prêmio pela seguradora e a data de formalização da recusa, deverá ser devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizado pela variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), apurado entre o último índice publicado antes da data do recebimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 23.

Art. 15 - A cada segurado incluído no seguro será enviada uma apólice, assinada pelos representantes legais da seguradora, que conterá no mínimo os seguintes elementos:

- a) nome da seguradora e seu CNPJ;
- b) número do processo SUSEP;

- c) dados cadastrais do segurado, incluindo o número da proposta;
- d) data de início de vigência da cobertura;
- e) data de fim de vigência da cobertura;
- f) capital segurado por cobertura;
- g) valor do prêmio e sua periodicidade de pagamento; e
- h) data de emissão da apólice.

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA

Art. 16 - Caso a proposta tenha sido recepcionada pela seguradora, antes do pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia de pagamento do respectivo prêmio, sendo esta data expressamente acordada entre as partes. O fim de vigência da cobertura não poderá ultrapassar a vigência da apólice.

Parágrafo Único. A proposta recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial do prêmio terá seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

9) VIGÊNCIA DO SEGURO

Art. 17 - A vigência do seguro será de 60 (sessenta) meses e poderá ser renovada, automaticamente, uma única vez, salvo se a seguradora ou o segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

§ 1º. A apólice terá seu início e término de vigência às 24 h das datas para tal fim nela indicada.

§ 2º. Será enviada nova apólice aos segurados em cada uma das renovações do seguro.

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

§ 4º. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam ao final de vigência da apólice.

10) CAPITAL SEGURADO

Art. 18 - O critério de estabelecimento do capital segurado consta de cada uma das condições especiais das coberturas.

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Art. 19 - Nos casos de pagamento por desconto em folha, o valor do prêmio e dos capitais segurados será atualizado anualmente, no mês de maio pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem ao mês de abril.

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

Art. 20 - Nos demais casos, onde o pagamento não se der por desconto em folha, o valor do prêmio e dos capitais segurados será atualizado anualmente, no mês de aniversário da contratação do Plano, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao de aniversário da contratação do plano.

Art. 21 - Caso o segurado tenha optado pela periodicidade anual do pagamento dos prêmios, o capital segurado será atualizado até a data de ocorrência do evento gerador, observado o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a última atualização.

Art. 22 - Além da atualização monetária, o valor dos prêmios sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de faixa etária do segurado e consequente aumento de risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano.

Parágrafo Único. O acréscimo, em decorrência da mudança de faixa etária, será realizado nas datas previstas nos arts. 19 e 20 conforme a forma de pagamento escolhida pelo segurado, de acordo com a tabela abaixo, onde constam os percentuais de reajuste de uma faixa etária para a imediatamente anterior:

MÓDULOS 1 E 2:

Faixa Etária	% de Reajuste por Idade M + MAC + IPA + IFPDA (Titular)	% de Reajuste por Idade M + IPA (Cônjuge)	% de Reajuste por Idade DIT (Titular)	Faixa Etária	% de Reajuste por Idade M + MAC + IPA + IFPDA (Titular)	% de Reajuste por Idade M + IPA (Cônjuge)	% de Reajuste por Idade DIT (Titular)
16 a 30 anos	-	-	-	77 anos	9,17%	9,28%	-
31 a 35 anos	5,56%	6,17%	0,00%	78 anos	8,65%	8,73%	-
36 a 40 anos	22,06%	27,80%	32,80%	79 anos	8,39%	8,47%	-
41 a 45 anos	29,12%	41,88%	15,67%	80 anos	8,44%	8,51%	-
46 a 50 anos	37,31%	42,79%	14,06%	81 anos	8,63%	8,70%	-
51 a 55 anos	53,83%	61,22%	12,10%	82 anos	8,98%	9,05%	-
56 a 60 anos	46,68%	51,79%	11,21%	83 anos	9,29%	9,35%	-
61 anos	16,68%	18,14%	75,99%	84 anos	9,25%	9,31%	-
62 anos	8,43%	9,15%	0,00%	85 anos	8,97%	9,02%	-
63 anos	8,79%	9,50%	0,00%	86 anos	8,52%	8,56%	-
64 anos	8,93%	9,65%	0,00%	87 anos	8,04%	8,08%	-
65 anos	8,94%	9,64%	0,00%	88 anos	7,59%	7,62%	-
66 anos	8,75%	9,37%	0,00%	89 anos	7,21%	7,24%	-
67 anos	8,55%	9,14%	0,00%	90 anos	6,94%	6,97%	-
68 anos	9,80%	8,89%	0,00%	91 anos	6,82%	6,84%	-
69 anos	8,44%	8,85%	0,00%	92 anos	6,91%	6,94%	-
70 anos	8,73%	9,11%	0,00%	93 anos	7,32%	7,35%	-
71 anos	-0,72%	9,47%	-	94 anos	8,70%	8,73%	-
72 anos	9,75%	9,93%	-	95 anos	11,46%	11,49%	-
73 anos	10,19%	10,36%	-	96 anos	16,48%	16,52%	-
74 anos	10,29%	10,44%	-	97 anos	24,79%	24,84%	-
75 anos	10,09%	10,22%	-	98 anos	36,92%	36,98%	-
76 anos	9,68%	9,80%	-	99 anos	51,88%	51,94%	-

MÓDULOS 3 e 4:

Faixa Etária	% de Reajuste por Idade M + MAC+ IPAM (Titular)	% de Reajuste por Idade M + IPAM (Cônjuge)	% de Reajuste por Idade DG (Titular)	% de Reajuste por Idade DIT (Titular)
16 a 30 anos	-	-	-	-
31 a 35 anos	1,12%	5,67%	0,00%	0,00%
36 a 40 anos	18,56%	25,67%	153,87%	32,80%
41 a 45 anos	25,47%	39,33%	79,07%	15,67%
46 a 50 anos	34,82%	40,92%	79,09%	14,06%
51 a 55 anos	52,76%	59,32%	54,66%	12,10%
56 a 60 anos	47,11%	50,78%	40,27%	11,21%
61 anos	17,03%	17,91%	40,25%	75,99%
62 anos	8,67%	9,05%	0,00%	0,00%
63 anos	9,04%	9,40%	0,00%	0,00%
64 anos	9,22%	9,56%	0,00%	0,00%
65 anos	9,25%	9,56%	0,00%	0,00%
66 anos	9,03%	9,30%	48,28%	0,00%
67 anos	8,82%	9,07%	0,00%	0,00%
68 anos	8,61%	8,83%	0,00%	0,00%
69 anos	8,59%	8,79%	0,00%	0,00%
70 anos	8,87%	9,06%	0,00%	0,00%
71 anos	9,24%	9,43%	-	-
72 anos	9,71%	9,89%	-	-
73 anos	10,15%	10,32%	-	-
74 anos	10,25%	10,40%	-	-
75 anos	10,05%	10,19%	-	-
76 anos	9,65%	9,77%	-	-
77 anos	9,15%	9,25%	-	-
78 anos	8,62%	8,71%	-	-
79 anos	8,37%	8,45%	-	-
80 anos	8,42%	8,49%	-	-
81 anos	8,61%	8,68%	-	-
82 anos	8,96%	9,03%	-	-
83 anos	9,27%	9,33%	-	-
84 anos	9,24%	9,30%	-	-
85 anos	8,96%	9,01%	-	-
86 anos	8,51%	8,55%	-	-
87 anos	8,03%	8,07%	-	-
88 anos	7,58%	7,61%	-	-
89 anos	7,20%	7,23%	-	-
90 anos	6,94%	6,96%	-	-
91 anos	6,81%	6,84%	-	-
92 anos	6,91%	6,93%	-	-
93 anos	7,32%	7,34%	-	-
94 anos	8,69%	8,72%	-	-
95 anos	11,45%	11,48%	-	-
96 anos	16,47%	16,51%	-	-
97 anos	24,78%	24,83%	-	-
98 anos	36,91%	36,97%	-	-
99 anos	51,86%	51,93%	-	-

12) APLICABILIDADE DE MORA

Art. 23 - Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 0,01% ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no art. 36, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

Parágrafo Único. Para este plano não será adotada multa.

13) PAGAMENTO DE PRÊMIO

Art. 24 - Os prêmios serão pagos mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, de acordo com o estabelecido na proposta de contratação, e sempre antecipadamente ao período de cobertura.

Art. 25 - Os prêmios poderão ser pagos pelo segurado em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento.

§ 1º. Caso a data para pagamento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

§ 2º. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

§ 3º. Caso a forma de pagamento seja o desconto em folha, a ausência de repasse a seguradora de prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar prejuízo aos segurados, no que se refere às coberturas previstas neste plano.

§ 4º. O segurado que não receber a ficha de compensação ou outro documento correspondente deverá entrar em contato com seu corretor ou com a Central de Relacionamento Mongeral Aegon para obter informações da forma como poderá regularizar seu pagamento.

14) CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO E CANCELAMENTO DAS COBERTURAS

Art. 26 - Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas deste seguro estarão suspensas a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança, ficando o segurado ou o beneficiário sem direito a receber indenização referente a qualquer cobertura contratada no caso de ocorrência do sinistro.

§ 1º. O segurado poderá ter a cobertura reabilitada no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de vencimento do primeiro prêmio devido e não pago, mediante quitação do prêmio do risco a decorrer e, as coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for retomado o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

§ 2º. Durante a vigência do contrato, a cobertura somente poderá ser suspensa por 3 (três) vezes.

§ 3º. O período em que a cobertura estiver suspensa não será considerado para efeito de cumprimento do período de carência, sendo retomada a contagem deste no momento da reabilitação da cobertura.

Art. 27 - No caso do prêmio pago mensalmente, a falta de pagamento de 3 (três) parcelas, consecutivas e, depois de transcorrido o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de vencimento da primeira

parcela de prêmio devida e não paga, acarretará o cancelamento do seguro, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

§ 1º. Para os prêmios pagos trimestralmente, semestralmente ou anualmente, o cancelamento do seguro ocorrerá depois de transcorrido o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data do vencimento de uma parcela de prêmio devida e não paga, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

§ 2º. A falta de pagamento de 3 (três) parcelas não consecutivas, para a periodicidade de pagamento mensal, também acarretará o cancelamento do seguro, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

§ 3º. A seguradora notificará o segurado com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias antes do término do prazo previsto no caput deste artigo e no parágrafo 1º, através de correspondência ao mesmo, advertindo-o quanto à necessidade de quitação dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.

Art. 28 - O seguro será cancelado ainda:

- a) com a solicitação do segurado;
- b) com a morte do segurado;
- c) com o recebimento de 100% (cem por cento) do capital correspondente a invalidez permanente por acidente com majoração ou não;
- d) com o recebimento da antecipação do capital de morte em função da invalidez funcional permanente e total por doença;
- e) com o recebimento de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias referentes a um mesmo evento na cobertura de Diária de Incapacidade Temporária; e
- f) a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes.

Art. 29 - No caso de cancelamento do plano de seguro, será devolvida a parcela de prêmio proporcional aos meses correspondentes ao risco ainda a decorrer, em função do prazo a que se refere o prêmio pago. O valor a ser devolvido será atualizado pelo indexador do plano desde a data do pagamento do prêmio até a data da efetiva devolução, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 23.

Art. 30 - As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

Art. 31 - No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

Art. 32 - O segurado é obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura se for provado que silenciou de má-fé.

§ 1º. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco, poderá dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato.

§ 2º. O cancelamento só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

15) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Art. 33 - O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

Art. 34 - Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

I. na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

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

16) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 35 - Os documentos para liquidação de sinistros constam das condições especiais para cada cobertura.

Art. 36 - A partir da entrega de toda documentação exigível, listada nas condições especiais das coberturas, por parte do segurado ou beneficiários, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 37 - É facultada a seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração do sinistro.

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

Art. 38 - No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

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

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

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

Art. 39 - Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências determinadas pela mesma. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

Art. 40 - O segurado, ao propor sua adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

§ 1º. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

§ 2º. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

Art. 41 - A indenização devida e não paga, no prazo disposto no art. 36, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

Parágrafo Único. Considerando o disposto no caput deste artigo, a atualização será efetuada com base na variação positiva apurada do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 36.

Art. 42 - O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

17) DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 43 - No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará como índice substitutivo o IGP-M (Índice Geral de Preços - Mercado).

Art. 44 - O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios e/ou indenizações deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

Art. 45 - A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

Art. 46 - O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Art. 47 - O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Art. 48 - Qualquer alteração na apólice em vigor dependerá de anuência do segurado.

Art. 49 - Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.

Art. 50 - Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

18) FORO

Art. 51 - As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º - É a garantia do pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

Parágrafo Único. Ao atingir 71 (setenta e um) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

Art. 2º - O número de diárias a ser indenizado será determinado em função da necessidade comprovada de afastamento temporário do segurado de suas atividades profissionais, acompanhada de relatório do médico assistente do segurado, sendo limitado ao número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento coberto, observado o período de carência e a franquia dedutível.

§ 1º. A seguradora poderá indicar perícia médica para os casos onde não haja determinação da quantidade de diárias necessárias para retorno às atividades profissionais ou em caso de discordância da quantidade apontada pelo médico assistente do segurado.

§ 2º. No caso de discordância, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica, conforme descrito no art. 38 das Condições Gerais.

§ 3º. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.

§ 4º. Exceto no caso de recebimento do limite de diárias máximo referentes a um mesmo evento, a reintegração do capital segurado relativo à garantia de diária por incapacidade temporária é automática após cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 5º. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, descontando o período de franquia.

§ 6º. **As indenizações de diária por incapacidade temporária não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.**

§ 7º. As indenizações de invalidez permanente total ou parcial por acidente com majoração, doenças graves masculinas ou femininas, morte e morte acidental se acumulam com a indenização de diária por incapacidade temporária.

§ 8º. Se ficar verificado pela perícia médica que a incapacidade de caráter temporário evoluiu para uma invalidez total e permanente, nada mais será devido para a cobertura de diária por incapacidade temporária.

2) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 3º - Além dos riscos constantes das condições gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, para a cobertura de diária por incapacidade temporária, os abaixo especificados:

- a) estados de convalescença (após a alta médica);
- b) hospitalizações para check-up;
- c) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro ocorridos durante a vigência desta garantia;
- d) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- e) tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS) e/ou Hepatites B e/ou Hepatite C;
- h) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;
- i) anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;
- j) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- k) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- l) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
- m) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;
- n) laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

- o) gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto, exceto se decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- p) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- q) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos; e**
- r) doenças transmitidas por contato com animais, tais como leptospirose, toxoplasmose e outras doenças infecto parasitárias.**

Art. 4º - A aposentadoria por invalidez ou o auxílio doença concedidos por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de incapacidade.

3) CAPITAL SEGURADO

Art. 5º - Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento:

- a data do acidente, caso o sinistro seja decorrente de acidente pessoais; ou
- a data do afastamento por incapacidade, devidamente diagnosticado pelo médico assistente do segurado, caso o sinistro seja decorrente de doença.

Art. 6º - O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto, para cobertura de diária por incapacidade temporária será de:

- a) 90 (noventa) dias para eventos decorrentes de:**
 - 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, Distúrbios Osteomusculares Relacionados 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;
 - qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
 - diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
 - cirrose hepática;
 - doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, entre outras; e
 - lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas, dorsopatias, cervicobraquialgias.

- b) 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias para os demais eventos cobertos de diárias de incapacidade temporária não previstos na alínea “a” do art. 6º. destas Condições Especiais.**

4) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia da Carteira de Identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo etc);
- c) Formulário de Habilitação, devidamente preenchido;
- d) Relatório Médico para concessão e prorrogação do afastamento com a informação da quantidade de dias de afastamento, patologia e demais informações que julgar necessárias, com assinatura e carimbo de CRM, do médico do segurado;
- e) resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultra-sonografias, eletroneuromiografias etc. – laudos e imagens);
- f) Atestado Médico original comprovando o afastamento;
- g) cópia autenticada de comprovante de exercício de Atividade Profissional;
- h) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;
- i) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente;
- j) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- k) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente; e
- l) quando houver internação ou atendimento em hospital ou clínica, deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s).

Art. 8º - A quantidade de diárias solicitada pelo segurado e avaliada pela seguradora e/ou perícia médica será paga sob a forma de parcela única, o mesmo ocorrendo com solicitações de prorrogação de incapacidade.

5) BENEFICIÁRIOS

Art. 9º - O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º - Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Parágrafo Único. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente seja ela majorada ou não, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2º - Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de morte a data do falecimento do segurado.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3º - Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

I. EM CASO DE MORTE NATURAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU CÔNJUGE

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da Carteira de Identidade e CPF;
- c) cópia do Laudo emitido pelo Médico do Segurado com indicação do CRM; e
- d) documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- a) Formulário de Habilitação de beneficiários, devidamente preenchido;
- b) cópia da Carteira de Identidade e CPF;
- c) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo etc);
- d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou de Nascimento;
- e) Declaração de União Estável, no caso de companheiro(a);
- f) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes; e
- g) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes.

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU CÔNJUGE

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da Carteira de Identidade e CPF;
- c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- e) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- f) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver; e
- g) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- a) Formulário de Habilitação de beneficiários, devidamente preenchido;
- b) cópia da Carteira de Identidade e CPF;

- c) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo etc);
- d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou de Nascimento;
- e) Declaração de União Estável, no caso de companheiro(a);
- f) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes; e
- g) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes.

Art. 4º - O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 5º - Os beneficiários serão designados pelo segurado na proposta de contratação, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

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

§ 2º. No caso de morte do cônjuge, o beneficiário será o segurado principal.

§ 3º. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do cônjuge, as indenizações referentes à cobertura do segurado principal e cônjuge deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, aos herdeiros legais do segurado.

§ 4º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º - Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas acidentais, durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

§ 1º. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente seja ela majorada ou não, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte.

§ 2º. A indenização de morte acidental se acumula com a cobertura de morte em caso de acidente, isto é, caso o seguro venha a falecer por acidente pessoal coberto, os beneficiários receberão a cobertura de morte e morte acidental.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2º - Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de morte acidental a data do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3º - Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da Carteira de Identidade e CPF;
- c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- e) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- f) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver; e
- g) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- a) Formulário de Habilitação de beneficiários, devidamente preenchido;
- b) cópia da Carteira de Identidade e CPF;
- c) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo etc.);
- d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou de Nascimento;
- e) Declaração de União Estável, no caso de companheiro(a);
- f) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes; e
- g) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes.

Art. 4º - O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 5º - Os beneficiários serão designados pelo segurado principal na proposta de contratação, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

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

§ 2º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1) OBJETIVO DA COBERTURA

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

2) RISCOS COBERTOS

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

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

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

Art. 4º - Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico definitivo de doenças graves previstas nestas Condições Especiais, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico definitivo de mais de uma doença grave. Esta garantia será cancelada após o

recebimento da indenização ou no primeiro dia posterior à data em que o segurado completar 71 anos de idade, o que ocorrer primeiro.

3) RISCOS EXCLUÍDOS

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

a. Câncer:

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

b. Infarto Agudo do Miocárdio:

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

c. Acidente Vascular Cerebral Agudo:

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

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

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

4) CAPITAL SEGURADO

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

5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

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

Para as doenças cobertas:

II. Câncer:

- a) laudo médico com diagnóstico do câncer, firmado por médico de especialidade em oncologia, contendo o carimbo com o CRM do médico assistente, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia, data do primeiro diagnóstico e o tipo histológico; e
- b) cópia autenticada do resultado da biópsia ou outro exame complementar que evidenciou a doença maligna.

III. Infarto agudo do miocárdio:

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

IV. Acidente Vascular Cerebral:

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

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

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

VI. Doença de Alzheimer:

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

6) BENEFICIÁRIOS

Art. 8º - O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º - É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Art. 2º - A cobertura deverá ser avaliada após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e, se neste caso, for verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total de ambos os rins	100

PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	20
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10	
- de 3 (três) centímetros	6	
- menos de 3 (três) centímetros	s/indenização	

§ 1º. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no seguro para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

§ 2º. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

§ 3º. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

§ 4º. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

§ 5º. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

§ 6º. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

§ 7º. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado atinja 100% (cem por cento), esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, bem como o presente seguro. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado não atinja 100% (cem por cento), o capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 8º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3º - Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de IPA a data do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4º - Em caso de sinistro coberto, o segurado deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU CÔNJUGE

- a) cópia da Carteira de Identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo etc.);
- c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d) Formulário de Habilitação, devidamente preenchido;
- e) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;
- f) Laudo do Médico do segurado, atestando a invalidez permanente, com indicação de seu CRM;
- g) Laudo Oftalmológico, se necessário;
- h) radiografias, se houver;
- i) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- j) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado; e
- k) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

Art. 5º - O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 6º - O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM MAJORAÇÃO

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º - É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Art. 2º - A cobertura deverá ser avaliada após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e, se neste caso, for verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior	100
	Perda total do uso de uma das mãos	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total de ambos os rins	100
	Perda total da visão de um olho	100
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	100
PARCIAL DIVERSAS	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
Mastectomia total de dois seios	20	

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
	PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores
Perda total do uso de um dos pés		50
Fratura não consolidada de um fêmur		50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros		25
Fratura não consolidada da rótula		20
Fratura não consolidada de um pé		20
Anquilose total de um dos joelhos		20
Anquilose total de um dos tornozelos		20
Anquilose total de um quadril		20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé		25
Amputação do 1º (primeiro) dedo		10
Amputação de qualquer outro dedo		3
Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo		
Encurtamento de um dos membros inferiores		
- de 5 (cinco) centímetros ou mais		15
- de 4 (quatro) centímetros	10	
- de 3 (três) centímetros	6	
- menos de 3 (três) centímetros:	s/indenização	

§ 1º. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no seguro para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

§ 2º. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

§ 3º. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

§ 4º. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

§ 5º. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

§ 6º. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

§ 7º. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado atinja 100% (cem por cento), esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, bem como o presente seguro. Caso, quando do mesmo acidente, o percentual a ser indenizado não atinja 100% (cem por cento), o capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 8º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3º - Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4º - Em caso de sinistro coberto, o segurado deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU CÔNJUGE

- a) cópia da Carteira de Identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo etc.);
- c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d) Formulário de Habilitação, devidamente preenchido;
- e) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;
- f) Laudo do Médico do segurado, atestando a invalidez permanente, com indicação de seu CRM;
- g) Laudo Oftalmológico, se necessário;
- h) radiografias, se houver;
- i) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- j) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado; e
- k) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

Art. 5º - O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 6º - O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º - É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, correspondente à antecipação do capital segurado contratado para a cobertura de morte, em caso de invalidez funcional permanente total por doença, que cause a perda da existência independente do segurado, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Parágrafo Único. Ao atingir 71 (setenta e um) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

2) GLOSSÁRIO

Art. 2º - Segue abaixo as definições referentes aos termos utilizados nestas condições especiais:

- a) **Agravo Mórbido:** piora de uma doença;
- b) **Alienação Mental:** distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil;
- c) **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano;
- d) **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda;
- e) **Auxílio:** a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico;
- f) **Ato Médico:** procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina;
- g) **Cardiopatia Grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”;
- h) **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc;
- i) **Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca;
- j) **Consumpção:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença;
- k) **Dados Antropométricos:** no caso da cobertura de invalidez funcional permanente e total por doença, o peso e a altura do segurado;
- l) **Deambular:** ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor;
- m) **Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos;
- n) **Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal;
- o) **Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença;
- p) **Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado;

- q) **Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento;
- r) **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento;
- s) **Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente;
- t) **Doença Neoplásica Maligna Ativa:** crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade;
- u) **Doença Profissional:** aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
- v) **Estados Conexos:** representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo;
- w) **Etiologia:** causa de cada doença;
- x) **Fatores de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage;
- y) **Hígido:** saudável;
- z) **Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença;
- aa) **Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente;
- ab) **Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento;
- ac) **Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído;
- ad) **Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida;
- ae) **Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca;
- af) **Sequela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença; e
- ag) **Transferência Corporal:** capacidade do segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3) COBERTURA

Art. 3º - A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no art. 12 destas condições especiais.

Art. 4º - Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; ou
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; ou
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado; e
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

Art. 5º - Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de instrumento de avaliação de invalidez funcional - IAIF (Anexo às Condições Especiais) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

Art. 6º - O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

§ 1º. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

§ 2º. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

§ 3º. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

§ 4º. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

§ 5º. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 7º - Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e/ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendendo como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e
- c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

5) NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

Art. 8º - A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença.

Art. 9º - A seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

6) CAPITAL SEGURADO

Art. 10 - Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data indicada pelo médico assistente na declaração médica.

Parágrafo Único. A data da invalidez funcional permanente e total por doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 11 - Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado principal deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia da Carteira de Identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo etc.);
- c) Formulário de Habilitação, devidamente preenchido;
- d) Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico do segurado e pelo segurado, onde este deverá comunicar à sociedade seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante;

- e) Declaração Médica, assinada pelo médico do segurado, indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro). Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido nos arts. 70., 80. e 90.;
- f) Laudo Oftalmológico, se necessário;
- g) Relatório do médico-assistente do segurado:
 - indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do segurado.
- h) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

Parágrafo Único. O segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

Art. 12 - As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez funcional permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

Parágrafo Único. Não sendo comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas contratadas não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

Art. 13 - Com o recebimento da antecipação do capital de morte em função da invalidez funcional permanente e total por doença, o seguro estará automaticamente cancelado.

Art. 14 - O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

8) BENEFICIÁRIOS

Art. 15 - O próprio segurado será o beneficiário.

ANEXO DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20
CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

DOCUMENTO 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	08

MONGERAL AEGON

Construa seu amanhã

Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A ■ CNPJ 33.608.308/0001-73

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

mongeralaegon.com.br



euplanejo360.com.br



facebook.com/MongeralAegon



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