



Prudential

Prudential Proteção Em Vida

Doenças Graves Modular 2.0

CONDIÇÕES GERAIS



Prudential Proteção Em Vida

Doenças Graves Modular 2.0

CONDIÇÕES GERAIS



SEGURO DE DOENÇAS GRAVES

PRUDENTIAL PROTEÇÃO EM VIDA

DOENÇAS GRAVES MODULAR

Processo Susep Nº 15414.613837/2022-42

CONDIÇÕES GERAIS

1. Objetivo do seguro	3
2. Garantias	3
3. Carência	23
4. Riscos excluídos	24
5. Capital segurado	25
6. Âmbito territorial da cobertura	27
7. Idade do segurado	27
8. Vigência do seguro	27
9. Aceitação do seguro	28
10. Declarações inexatas ou omissões	30
11. Pagamento do prêmio	32
12. Período de tolerância	34
13. Renovação do seguro	34
14. Suspensão e reabilitação do seguro	35
15. Período de não contestação	36
16. Cancelamento do seguro	37
17. Pagamento do benefício	38
18. Opções para recebimento do benefício	42
19. Atualização dos valores do seguro	42
20. Extrato periódico	43
21. Foro	43
22. Disposições finais	44
23. Glossário de termos técnicos	45

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL

Renda Hospitalar.....	51
-----------------------	----

1. Objetivo do seguro

Este seguro individual tem por objetivo garantir o capital segurado (também referido nestas condições gerais como benefício) ao segurado na ocorrência de eventos previstos nas coberturas contratadas, exceto se decorrente de riscos excluídos, respeitando-se os demais itens destas condições gerais.

O plano de seguro aqui disciplinado é de contratação individual.

Os produtos comercializados pela Prudential do Brasil são seguros personalizados. **Não foram desenvolvidos para serem plano de previdência privada, aposentadoria, plano de saúde ou investimento e não têm como objetivo proporcionar ganhos financeiros.**

2. Garantias

As garantias deste seguro dividem-se em cobertura básica e opcional, sendo necessária a contratação da cobertura básica para efetivação deste seguro e acesso à contratação da cobertura opcional.

A cobertura básica e seu prêmio correspondem à garantia constante no item 2.1 destas condições gerais.

A possibilidade de contratação do seguro será confirmada e o valor do prêmio será definido como resultado da análise de risco realizada pela seguradora com base na proposta de contratação e em informações pessoais do segurado.

Entretanto, a composição de garantias ou o valor do prêmio poderão ser alterados em adequação ao resultado da análise de risco realizada pela seguradora, mediante autorização prévia e expressa do proponente.

2.1 Cobertura básica

2.1.1 Esta cobertura garante o pagamento do capital segurado contratado, em caso de sobrevivência do segurado 30 (trinta) dias

após o recebimento do diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto, todos descritos a seguir, desde que respeitados os períodos de demonstração de persistência das limitações ou manutenção da terapia, previstos para algumas das doenças graves cobertas.

2.1.2 O diagnóstico deverá ter sido emitido e constatado pela primeira vez após a data de início de vigência desta cobertura, observados os riscos excluídos, os períodos de carência, os módulos de coberturas e demais termos das condições gerais e da apólice.

2.1.3 A idade mínima para contratação desta cobertura é de 14 (quatorze) anos e a máxima é de 70 (setenta) anos, com idade de saída aos 75 (setenta e cinco) anos.

2.1.4 Para efeito deste seguro, o beneficiário será o próprio segurado.

2.1.5 Não há previsão de portabilidade deste seguro.

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

2.1.7 Doenças graves e procedimentos médicos cobertos:

As doenças graves e os procedimentos médicos cobertos estão agrupados em módulos referentes a critérios de análise de risco, subscrição, aceitação e indenização, conforme tabela a seguir.

Módulo I	Câncer; anemia aplástica; e transplante de medula óssea.
Módulo II	Cirurgia coronariana com enxerto vascular (<i>Bypass</i>); infarto agudo do miocárdio; insuficiência renal terminal; acidente vascular encefálico; transplante de coração ou rim; cirurgia das valvas cardíacas; e cirurgia da aorta.

Módulo III	Hepatite viral fulminante; pancreatite crônica; doença hepática grave; doença pulmonar crônica; transplantes de fígado, pulmão, intestino delgado, pâncreas e tecido composto; e queimaduras de terceiro grau.
Módulo IV	Esclerose múltipla; doença de Alzheimer; esclerose lateral amiotrófica (ELA); paralisia de membros; tumor cerebral benigno; cegueira; surdez; coma decorrente de traumatismo crânio encefálico; e doença de Parkinson idiopática.

A aplicação para os quatro módulos é compulsória, sendo a aceitação para três ou quatro módulos resultante da análise de risco e subscrição da seguradora.

A emissão desta cobertura básica com quatro módulos possibilita o pagamento de até dois sinistros de módulos contratados diferentes, desde que não haja relação entre os dois eventos cobertos e sejam respeitadas as carências e exclusões previstas.

A emissão desta cobertura básica com três módulos possibilita o pagamento de um sinistro de um dos módulos contratados, desde que se trate de um evento coberto e sejam respeitadas as carências e exclusões previstas.

MÓDULO I

I.1 Câncer

Neoplasia maligna caracterizada pelo crescimento e multiplicação descontrolada de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo e por médico habilitado.

Exceto se houver exclusão específica, a definição de câncer também inclui leucemia, linfoma maligno e síndrome mielodisplásica.

Por esta definição estão cobertas todas as neoplasias malignas metastáticas (metástases a distância).

As exclusões são:

- Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama e neoplasia intraepitelial cervical – NIC-1, NIC-2 e NIC-3).
- Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 (sete) ou estadiamento menos avançado que T2, N0, M0.
- Leucemia linfocítica (ou linfoide) crônica – LLC no estágio Ade Binet.
- Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno estágio IA (T1a, N0, M0).
- Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0 (menos avançado que T2 e sem metástase para linfonodo ou a distância).
- Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta.
- Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial.
- Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.
- Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do *H. pylori*.
- Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estágios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010.

- **Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia.**
- **Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia ou radioterapia.**
- **Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estágio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.**

I.I.I A garantia de câncer prevê um benefício adicional de 50% (cinquenta por cento) do capital segurado vigente no caso de diagnóstico de câncer de mama em seguradas do sexo feminino ou de câncer de próstata em segurados do sexo masculino, desde que, na data do seu primeiro diagnóstico, a doença esteja em estágio avançado de acordo com as especificações a seguir:

Câncer de mama:

- Câncer de mama classificado nos estágios T2, T3 ou T4 de acordo com a classificação TNM.
- Câncer de mama classificado no estágio T1 de acordo com a classificação TNM desde que haja metástase no linfonodo que apresente no mínimo, grau N1 ou metástase de distância independentemente da localização que apresente, no mínimo, grau M1.

Câncer de próstata:

- Câncer de próstata classificado como estágios T3 ou T4 de acordo com a classificação clínica TNM.
- Câncer de próstata classificado como T1 ou T2 pela classificação clínica TNM se também apresentar metástase para linfonodo (que apresente, no mínimo, grau N1) ou metástases a distância (que apresente, no mínimo, grau M1).

I.II **Anemia aplástica**

Diagnóstico inequívoco de anemia aplástica, confirmado por médico hematologista e evidenciado pela histologia da medula óssea, que resulte em insuficiência grave da medula óssea, com anemia, neutropenia e trombocitopenia. A doença deve ter sido tratada com transfusão de sangue e com pelo menos um dos seguintes itens:

- Medicamentos estimulantes da medula óssea.
- Imunossuppressores.
- Transplante de medula óssea.

I.III **Transplante de medula óssea**

Procedimento em que o segurado participa exclusivamente como receptor de células precursoras da medula óssea originadas de doador humano (transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas).

O procedimento deve ser indicado por médico onco-hematologista com respaldo em exames complementares e deve ser realizado por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

As exclusões são:

- **Autotransplante/Transplante autólogo/Transplante autogênico.**
- **Transplante de células-tronco embrionárias que não as hematopoiéticas.**
- **Transplantes de tecidos não especificados.**
- **Transplantes de outros órgãos não especificados anteriormente.**

MÓDULO II

II.I Cirurgia coronariana com enxerto vascular (*Bypass*)

Realização de cirurgia cardíaca para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com implante de enxerto vascular (*Bypass*). Estão cobertos cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia).

A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados no exame de coronariografia.

As exclusões são:

- **Angioplastia coronariana ou implante de stent.**

II.II Infarto agudo do miocárdio

Infarto do miocárdio é a morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto do miocárdio deve ser confirmada por médico cardiologista e se basear no comportamento (elevação e/ou queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio, em associação com pelo menos dois dos seguintes critérios:

- Sintomas de isquemia (por exemplo: dor torácica).
- Alterações no eletrocardiograma (ECG) indicativas de isquemia recente (mudanças recentes ST-T ou novo bloqueio de ramo esquerdo).
- Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG.

As exclusões são:

- **Síndrome coronariana aguda (angina estável ou instável).**

- **Elevação da troponina sem relação clara com cardiopatia isquêmica (por exemplo: miocardite, aneurisma apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, intoxicação medicamentosa).**
- **Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais, ou causado por vasoespasma coronariano, ponte miocárdica ou uso de drogas / medicamentos.**
- **Infarto do miocárdio que ocorra até 14 (catorze) dias após angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio.**

II.III Insuficiência renal terminal

Insuficiência renal terminal é a etapa final de diversas doenças renais. É caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

As exclusões são os quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.

II.IV. Acidente vascular encefálico (“derrame”)

Morte de tecido encefálico devido a evento encéfalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoide), ou embolia originada em uma fonte extracraniana com:

- instalação aguda de novos sintomas neurológicos; e
- constatação de novos déficits neurológicos objetivos no exame clínico.

O déficit neurológico deve persistir por mais de 3 (três) meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

As exclusões são:

- **Ataque isquêmico transitório (TIA) e déficit neurológico isquêmico reversível prolongado (PRIND).**
- **Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos.**
- **Hemorragias encefálicas pós-operatórias.**
- **Déficits neurológicos decorrentes de hipóxia, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou procedimentos médicos.**
- **Achados de imagem incidentais (CT ou RNM) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVE silencioso).**
- **Déficits relacionadas à morte de tecido do nervo óptico, retina ou órgão vestibular.**

II.V Transplante de coração ou rim

Procedimento cirúrgico em que o segurado participa exclusivamente como receptor de um coração ou rim, originado de doador humano vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

As exclusões são:

- **Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda de um doador humano.**

- **Transplantes com órgão de animais, não humanos.**
- **Autotransplantes.**
- **Transplantes de outros órgãos ou tecidos não especificados anteriormente.**

II.VI **Cirurgia das valvas cardíacas**

Realização de cirurgia cardíaca para substituição ou reparo de uma ou mais valvas cardíacas (mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar). A definição abrange os seguintes procedimentos com tórax aberto e endovasculares: esternotomia total, esternotomia parcial, toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por cateter, implante transcater de prótese valvar aórtica (TAVI).

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião cardíaco, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames cardiológicos de imagem.

A exclusão é a clipagem da valva mitral transcater.

II.VII **Cirurgia da aorta**

Realização de cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecção da aorta decorrente de doença. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular, estão cobertos nessa definição.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião vascular, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

As exclusões são:

- **Cirurgia de qualquer ramo da aorta torácica ou abdominal, inclusive enxertos de *Bypass* aorto-femoral e aorto-ilíaco.**

- **Cirurgia da aorta relacionada com doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por exemplo: síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos).**
- **Cirurgia após lesão traumática da aorta decorrente de acidente pessoal.**

MÓDULO III

III.1 Hepatite viral fulminante

Diagnóstico inequívoco de hepatite viral fulminante que deve ser confirmado por médico hepatologista ou gastroenterologista e obedecer a todos os seguintes critérios:

- Curso sorológico típico de hepatite viral aguda.
- Desenvolvimento de encefalopatia hepática.
- Diminuição do tamanho do fígado.
- Aumento dos níveis de bilirrubina.
- Distúrbio de coagulação com INR (Índice Internacional Normalizado) maior que 1,5.
- Desenvolvimento de insuficiência hepática em até 7 (sete) dias após o início dos sintomas.
- Ausência de histórico conhecido de doença hepática que possa ter causado o problema anterior.

As exclusões são:

- **Todas as outras causas não virais de insuficiência hepática aguda (incluindo intoxicação por paracetamol ou aflatoxina).**
- **Hepatite viral fulminante associada ao uso de drogas/ medicamentos intravenosos.**

III.II **Pancreatite crônica**

Diagnóstico inequívoco de pancreatite crônica grave, confirmado por médico gastroenterologista e apoiado por exames de imagem e laboratoriais (por exemplo: elastase fecal), devendo ser evidenciado por um período mínimo contínuo de 3 (três) meses e atender a todos os itens a seguir:

- Insuficiência pancreática exócrina com perda de peso e esteatorreia.
- Insuficiência pancreática endócrina com diabetes pancreático.
- Necessidade de reposição oral de enzimas pancreáticas.

As exclusões são:

- **Pancreatite crônica devido ao uso de álcool ou drogas/medicamentos.**
- **Pancreatite aguda.**

III.III **Doença hepática grave**

Diagnóstico inequívoco de doença hepática avançada, que deve ter sua gravidade evidenciada por escore mínimo de 7 pontos (classe B ou C) na classificação de Child-Pugh. A pontuação deve ser calculada com base na soma de todas as variáveis a seguir:

- Níveis de bilirrubina total.
- Níveis de albumina sérica.
- Gravidade da ascite.
- INR – Índice Internacional Normalizado (indicador de coagulação sanguínea).
- Encefalopatia hepática.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico hepatologista ou gastroenterologista e apoiado por exames de imagem.

A exclusão é a doença hepática grave secundária ao uso de álcool ou drogas e/ou medicamentos (incluindo hepatites B e C adquiridas pelo uso de drogas e/ou medicamentos intravenosos).

III.IV **Doença Pulmonar Crônica**

Diagnóstico inequívoco de doença pulmonar grave com insuficiência respiratória crônica, que deve obedecer a todos os seguintes critérios:

- VEF1 (Volume Expiratório Forçado no 1º segundo) inferior a 40% do previsto, verificado em duas medições feitas com pelo menos um mês de intervalo.
- Oxigenoterapia de pelo menos 16 horas por dia durante um período mínimo de 3 (três) meses.
- Redução persistente da pressão parcial de oxigênio (PaO₂) para níveis abaixo de 55 mmHg (7,3 kPa) na gasometria arterial, em medidas sem administração de oxigênio.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista.

III.V **Transplante de fígado, pulmão, intestino delgado, pâncreas e tecido composto**

Procedimento cirúrgico em que o segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: pulmão (inclui transplante de lobopulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas e intestino delgado (inclui transplante parcial). Os transplantes parciais ou totais de face, mão, braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nessa definição.

Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

As exclusões são:

- **Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano.**
- **Transplantes com órgão de animais, não humanos.**
- **Autotransplantes (mãos etc.).**
- **Transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados anteriormente.**
- **Transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.**
- **Transplantes de outros órgãos ou tecidos não especificados anteriormente.**

III.VI Queimaduras de terceiro grau

Queimadura de terceiro grau (destruição da pele em profundidade que atinge o tecido subjacente) que comprometa pelo menos 20% (vinte por cento) da superfície corporal, calculada pela “Regra dos Nove” ou pela tabela de “Lund-Browder”, decorrente de acidente pessoal coberto.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico cirurgião plástico ou especialista.

As exclusões são quaisquer queimaduras de primeiro ou segundo grau.

MÓDULO IV

IV.I Esclerose múltipla

Diagnóstico inequívoco de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e embasado por todos os seguintes critérios:

- Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 (seis) meses.
- Ressonância magnética (RM) que mostre pelo menos duas lesões desmielinizantes no encéfalo ou na medula espinhal, características da esclerose múltipla.

As exclusões são:

- **Possível esclerose múltipla e síndromes neurológicas ou radiológicas isoladas que sejam sugestivas, mas não diagnósticas, de esclerose múltipla.**
- **Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas.**
- **Casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da cobertura, conforme descrito na cláusula 3.**

IV.II Doença de Alzheimer

Diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer, que deve atender a todos os seguintes critérios:

- Perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais (planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social.

- Alteração da personalidade.
- Declínio gradual e progressivo da função cognitiva.
- Ausência de distúrbio da consciência.
- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por exemplo: tomografia).

A doença deve ter sido diagnosticada e exigir supervisão diária e constante, 24 (vinte e quatro) horas por dia, de terceiros. O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão diária e constante devem ser confirmados por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

As exclusões são: outras formas de demência devido a perturbações cerebrais ou sistêmicas ou devido a doenças psiquiátricas.

IV.III **Esclerose lateral amiotrófica (ELA)**

Diagnóstico definitivo e inequívoco, confirmado por médico neurologista e apoiado por estudos de condução nervosa (NCS) e eletromiografia (EMG), de esclerose lateral amiotrófica (ELA, ou doença de Lou Gehrig).

As exclusões são:

- **Qualquer outra forma de doença do neurônio motor.**
- **Neuropatia motora multifocal (NMM) e miosite por corpúsculos de inclusão.**
- **Síndrome pós-pólio (SPP).**
- **Atrofia muscular espinhal (AME).**
- **Polimiosite e dermatomiosite.**

- **Casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da cobertura, conforme descrito na cláusula 3.**

IV.IV Paralisia de membros

Perda total, completa e irreversível da função motora de dois ou mais membros, decorrente de trauma (acidente pessoal coberto) ou doença que afete a medula espinhal ou o encéfalo.

Por perda total, entende-se força muscular grau zero (ausência de contração muscular), grau um (contração muscular visível ou palpável, porém incapaz de movimentar o segmento) ou grau dois (força suficiente para movimentar o segmento, mas que não consegue vencer a gravidade), conforme classificação de força muscular do MRC – Medical Research Council.

Por completa, entende-se que a paralisia motora deve afetar todo o membro (superior ou inferior), e não apenas parte dele: por exemplo, situações em que haja comprometimento apenas do pé ou da mão, ou do antebraço e do ombro etc.

Por irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante da paralisia motora com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 90 (noventa) dias após a data do diagnóstico.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

As exclusões são:

- **Paralisias provocadas por síndrome de Guillain-Barré.**
- **Paralisias hereditárias ou congênitas.**
- **Paralisias provocadas por distúrbios psiquiátricos ou psicológicos.**

IV.V **Tumor cerebral benigno**

Diagnóstico inequívoco de neoplasia cerebral benigna (não maligna), localizada dentro da caixa craniana (neurocrânio) e originada em tecido do cérebro, das meninges ou dos nervos cranianos. A neoplasia deve ter sido tratada com pelo menos um dos seguintes procedimentos:

- Ressecção cirúrgica (total ou parcial).
- Radiocirurgia estereotáxica.
- Radioterapia.

Caso nenhuma das opções de tratamento citadas tenha sido possível por razões médicas, esta garantia só será caracterizada se a neoplasia cerebral benigna causar déficit neurológico permanente, que deve ser documentado por pelo menos 3 (três) meses após a data do diagnóstico.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista ou neurocirurgião e embasado por exames de imagem.

As exclusões são:

- **Diagnóstico ou tratamento de qualquer cisto, granuloma, hamartoma ou malformação vascular (arterial ou venosa).**
- **Neoplasias da glândula hipófise.**

IV.VI **Cegueira**

Perda irreversível, total ou quase total da visão de ambos os olhos causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença, obedecendo aos seguintes critérios:

- acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível; ou

- campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.

O diagnóstico deve ser confirmado por oftalmologista, evidenciado por exames específicos e aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas.

IV.VII **Surdez**

Diagnóstico inequívoco de perda irreversível, total ou profunda da audição de ambas as orelhas, causada por doença ou decorrente de acidente pessoal coberto. O diagnóstico deve ser confirmado por médico otorrinolaringologista e evidenciado por audiograma tonal, obedecendo o seguinte critério:

- Limiar auditivo médio maior que 90dB nas frequências de 500Hz, 1000Hz e 2000Hz na melhor orelha.

IV.VIII **Coma decorrente de traumatismo cranioencefálico**

Diagnóstico inequívoco de coma, exclusivamente decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto, que se caracteriza por estado de inconsciência em que não há resposta a estímulos externos ou internos e que:

- resulta em uma pontuação de 8 ou menos na escala de coma de Glasgow por pelo menos 96 horas;
- requer o uso de sistemas de suporte à vida;
- resulta em déficit neurológico persistente que pode ser verificado após 30 (trinta) dias ou mais do início do coma.

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico neurologista.

As exclusões são:

- **Coma induzido.**
- **Qualquer coma decorrente de ferimentos autoinfligidos, uso de álcool ou drogas/medicamentos.**
- **Qualquer coma não decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto.**

IV.IX Doença de Parkinson idiopática

Diagnóstico inequívoco de doença de Parkinson idiopática primária, que deve ser confirmado por médico neurologista e evidenciado por todas as seguintes manifestações clínicas:

- Rigidez muscular.
- Tremor.
- Bradicinesia (lentidão anormal dos movimentos; morosidade das respostas físicas e mentais).

A doença deve resultar em limitação física permanente que demande auxílio de terceiros, por um período contínuo mínimo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias. O diagnóstico da doença e a limitação física com necessidade de auxílio de terceiros devem ser confirmados por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas especializadas.

A implantação de neuroestimulador para controle dos sintomas por estímulos cerebrais profundos é coberta desde que seja considerada medicamente necessária pelo médico neurologista ou neurocirurgião.

As exclusões são:

- **Parkinsonismo secundário (incluindo parkinsonismo induzido por droga, medicamento ou toxina).**

- **Tremor essencial.**
- **Parkinsonismo relacionado a outros distúrbios neurodegenerativos.**

2.2 Coberturas opcionais

2.2.1 Mediante a contratação da cobertura básica e sujeito ao pagamento do prêmio correspondente, o proponente poderá solicitar a inclusão da cobertura opcional de renda hospitalar obedecidas as conjugações permitidas pela seguradora.

2.2.2 As definições, normas e exclusões pertinentes à cobertura opcional estão dispostas nas suas respectivas condições especiais.

2.3 As coberturas contratadas são as expressas na apólice de seguro.

2.4 **Não serão permitidos o cancelamento da cobertura básica e a manutenção apenas da(s) cobertura(s) opcional(ais).**

3. Carência

3.1 **Somente serão garantidos por esta cobertura o recebimento do diagnóstico de uma das doenças graves cobertas ou a realização de um dos procedimentos médicos cobertos que tenham ocorrido após 90 (noventa) dias, contados do início da vigência desta cobertura.**

3.2 **Para as garantias esclerose múltipla e esclerose lateral amiotrófica, ambas previstas e descritas no módulo IV, haverá carência de 12 (doze) meses contados do início da vigência. Não serão considerados eventos cobertos os casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência.**

3.3 **Quando disponível, o segundo sinistro deverá obedecer a uma carência de 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data que caracterizou o evento coberto do primeiro sinistro indenizado.**

- 3.4 **Não haverá carência nos casos em que a doença grave coberta ou o procedimento médico coberto for proveniente de acidente pessoal ocorrido após o início da vigência desta cobertura.**

4. Riscos excluídos

- 4.1 **Os eventos decorrentes das causas a seguir estão excluídos da cobertura deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores, inclusive os relativos a prêmios pagos.**
- a) **uso de material nuclear para quaisquer finalidades, incluindo explosões nucleares, intencionais ou não, assim como contaminação radioativa ou exposição à radiação nuclear ou ionizante, exceto exposições terapêuticas e profissionais;**
 - b) **atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerras químicas ou bacteriológicas, guerras civis, guerrilhas, revoluções, motins, agitações, revoltas, sedições, sublevações ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto àqueles que estejam em serviço militar ou praticando atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - c) **atos reconhecidamente perigosos, que não sejam motivados por necessidade justificada, nos casos de dolo do próprio segurado ou do representante legal de um ou de outro, exceto quando provierem da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - d) **atos ilícitos dolosos praticados pelo responsável pelo pagamento ou pelo segurado. Nos seguros contratados ou que tenham como responsável pelo pagamento uma pessoa jurídica, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelo(s) beneficiário(s) e pelos respectivos representantes;**
 - e) **doenças ou lesões preexistentes, bem como informações sobre esportes, hobbies e atividade profissional, praticados e desempenhados anteriormente à adesão à proposta de contratação do seguro , que poderiam ter influência na**

aceitação do risco ou no ajuste da taxa do prêmio, não declaradas na proposta e já do conhecimento do segurado, que tenham influência direta ou indireta no evento ocorrido, observado o que dispõem as cláusulas 10 (Declarações inexatas e omissões) e 15 (Período de não contestação) destas condições gerais;

- f) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente.**
- g) diagnósticos concedidos pelo próprio segurado, seus dependentes, parentes ou pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com ele, ainda que estes sejam médicos profissionais habilitados.**
- h) diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado.**
- i) doenças profissionais.**
- j) os casos de ocorrência de doença grave coberta ou procedimento médico coberto resultante de tentativa de suicídio do segurado ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro ou após novo prazo de 2 (dois) anos a partir da data da reabilitação do seguro. Neste caso, de acordo com o artigo 798 do Código Civil Brasileiro, a seguradora restituirá a Reserva técnica constituída em nome do segurado.**

4.2 Exclusão para atos de terrorismo

Ainda que em contrário possam dispor as condições gerais e/ou especiais do presente seguro, fica entendido e concordado que, para efeito de indenização, não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista. Cabe à seguradora comprovar o ato com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente.

5. Capital segurado

- 5.1 O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará na apólice de seguro.**

5.2 O capital segurado representa o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora como benefício, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

5.3 O capital segurado será estabelecido, por cobertura, na apólice de seguro, conforme proposto pelo segurado, respeitados os limites mínimos e máximos previamente estabelecidos pela seguradora.

5.4 Alteração do capital segurado

5.4.1 O segurado poderá solicitar, a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os prêmios pagos em dia, a redução do capital segurado desta cobertura, observada a cláusula 5.4 (Alteração do capital segurado) das condições gerais.

5.4.2 Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de capital segurado e de prêmio previamente estabelecidos pela seguradora.

5.4.3 Caso o segurado solicite a redução do capital segurado, a seguradora pagará a ele a Reserva técnica proporcional à redução, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a redução até o efetivo pagamento.

5.4.4 A alteração do capital segurado será aplicada a toda a cobertura, independentemente dos módulos vigentes.

5.4.5 Para manter as coberturas do seguro em vigor, deverão ser respeitados os limites mínimos e máximos de capital segurado e de prêmio previamente estabelecidos e informados pela seguradora.

5.4.6 Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, o 30º (trigésimo) dia após o recebimento de um diagnóstico de doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto, respeitadas as definições e características de cada doença, anteriormente especificadas.

6. Âmbito territorial da cobertura

- 6.1 Este seguro abrange os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

7. Idade do segurado

- 7.1 Para cálculo do prêmio, deverão ser considerados o sexo e a idade completa do segurado na data da assinatura da proposta, desprezando-se quaisquer frações de ano.
- 7.2 A idade mínima para contratação do seguro é de 14 (quatorze) anos e a idade máxima é de 70 (setenta) anos.
- 7.3 O proponente menor de 18 (dezoito) anos, por ocasião do preenchimento da proposta de contratação de seguro, será representado ou assistido pelos pais, tutores ou curadores, observada a legislação vigente.

8. Vigência do seguro

- 8.1 A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na apólice de seguro, e corresponderá ao período de pagamento dos prêmios referentes a esta cobertura
- 8.2 O início de vigência da cobertura contratada será a data do recebimento, pela seguradora, da proposta de contratação de seguro devidamente preenchida e assinada, com o comprovado pagamento da antecipação do primeiro prêmio, respeitado o disposto na cláusula 9 (Aceitação do seguro) destas condições gerais.
- 8.2.1 Caso a proposta de contratação de seguro tenha sido recepcionada pela seguradora sem a comprovação do pagamento da antecipação do primeiro prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 8.2.2 A apólice terá seu início e término de vigência às 24h da data para tal fim nela indicada.

- 8.3 O início e término de vigência de cada cobertura opcional serão fixados na apólice, conforme os critérios especificados nas respectivas condições especiais.

9. Aceitação do seguro

- 9.1 A aceitação ou a reabilitação deste seguro estarão sujeitas à análise do risco pela seguradora.
- 9.2 A celebração, a redução de capital ou reabilitação deste seguro serão feitas mediante proposta específica para a solicitação. Deverão ser apresentados pelo proponente todos os elementos essenciais para análise e aceitação do risco conforme estipulado pela seguradora.
- 9.3 A seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo identificando a proposta de contratação por ela recepcionada, com indicação da data e da hora de seu recebimento.
- 9.3.1 No caso de seguro sobre outros, o responsável pelo pagamento será obrigado a declarar o seu interesse pela preservação da vida do segurado.
- 9.4 A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a proposta, seja para seguro novo, renovação ou reabilitação do seguro.
- 9.5 Após o recebimento da proposta, caso a seguradora solicite ao proponente a realização de exames e/ou informações complementares, será observado o seguinte:
- 9.5.1 A realização dos exames complementares será custeada pela seguradora. Não serão cobrados, no período de realização dos exames, quaisquer prêmios adicionais àqueles pagos antecipadamente na apresentação da proposta.
- 9.5.2 Caso solicitado pela seguradora, o proponente terá o prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de recebimento da proposta na seguradora, para:

- a) realização ou apresentação de cópias de exames;
- b) prestação ou apresentação de informações médicas essenciais e/ou complementares a partir de qualquer profissional de saúde ou instituição médica sobre sua condição de saúde ou
- c) prestação ou apresentação de informações que estejam incompletas e/ou complementares.

Os prazos não são cumulativos e o não cumprimento deles caracterizará a recusa do risco pela seguradora, a ser comunicada formalmente ao proponente nos termos da cláusula 9.6.

9.5.3 A contagem do prazo de 15 (quinze) dias sofrerá suspensão durante o período em que a seguradora estiver esperando a entrega dos exames e/ou informações complementares solicitados, e continuará a correr após o seu recebimento, podendo a seguradora solicitar mais de uma vez novos exames.

9.5.4 Se, após o recebimento do resultado dos exames e informações solicitados, a seguradora manifestar-se pela aceitação da proposta de contratação de seguro com ajuste do valor do prêmio, a aceitação integral da proposta dependerá:

- a) da concordância expressa do proponente e
- b) do pagamento da diferença da antecipação do primeiro prêmio pago em relação ao novo valor informado, no prazo estipulado pela seguradora.

9.6 A seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, no prazo de 15 (quinze) dias, caracterizará a aceitação tácita da proposta, ressalvadas as disposições do item 9.5.

9.7 Em caso de recusa do risco da proposta de contratação de seguro, em que tenha havido pagamento de prêmio, o valor pago será restituído ao responsável pelo referido pagamento, integralmente.

9.7.1 Os prêmios serão devolvidos no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da data de expedição da comunicação formal, calculados na forma da legislação em vigor.

9.7.2 Qualquer devolução do prêmio após o prazo anteriormente citado será efetuada no valor do prêmio acrescido de multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

9.7.3 Além da multa anteriormente citada, será acrescentada ao valor do prêmio a atualização monetária, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data da recusa do risco até a data do seu efetivo pagamento, acrescida de juro de 1% a.m. (um por cento ao mês), em base *pro rata temporis*.

10. Declarações inexatas ou omissões

10.1 Se o segurado, seu representante ou a corretora de seguros/corretor fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias, eventos relacionados a saúde, hobbies, esportes e profissão que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, perderá o direito às garantias, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido, de acordo com a legislação em vigor.

10.1.1 É imprescindível que todas as informações sejam prestadas, independentemente do momento em que a circunstância ou o evento tenha ocorrido ou, ainda, se já tiver ocorrido liberação médica relacionada a saúde. Também devem ser informados exames médicos já realizados ou em andamento/sob investigação.

10.1.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, seu representante ou a corretora de seguros/corretor, 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 de benefício:**
- a) **cancelar o seguro, após o pagamento do benefício, 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 de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado, ou ainda restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**
- III. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.**

10.2 Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, independentemente de notificação ou interpelação judicial, o segurado perderá o direito às coberturas do seguro contratado, ficando este anulado, sem que caibam quaisquer valores à parte infratora, nas seguintes situações:

- a) **tentativa do segurado ou do representante legal de um ou de outro de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da seguradora;**
- b) **ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo segurado ou pelo representante legal de um ou de outro, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro; e/ou**
- c) **descoberta, pela seguradora, de declarações inexatas graves ou omissões, que dispõem sobre doenças e lesões preexistentes do segurado ou relacionadas ao histórico médico familiar dele, ou, ainda, à prática de esportes e hobbies ou à sua atividade profissional.**

10.3 Conforme disposto na legislação vigente, caso o segurado agrave intencionalmente o seu risco coberto pelo seguro, perderá o direito ao benefício. E, ainda, caso saiba sobre qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto durante a vigência do seguro, está obrigado a comunicar o fato de imediato à seguradora.

10.3.1 Contudo, devido à estruturação técnica deste seguro, a seguradora não utilizará a informação de agravamento do risco coberto para alterar direitos e deveres ora previstos nestas condições gerais e especiais, incluindo a decisão de cancelar o seguro, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio. Excluem-se os casos de reabilitação do seguro conforme a cláusula 14 (Suspensão e reabilitação do seguro) e seguintes destas condições gerais.

11. Pagamento do prêmio

11.1 O período de pagamento de prêmios é de 5 (cinco) anos e está devidamente informado na proposta de contratação de seguro e na apólice.

11.1.1 Não haverá alteração unilateral do período de pagamento durante a vigência do seguro.

11.2 Os prêmios deste seguro são cobrados antecipadamente em relação ao período de vigência, custeados totalmente pelo responsável pelo pagamento, a crédito da seguradora, por intermédio da rede bancária, cartão de crédito ou outra forma admitida em lei, conforme estabelecido na proposta de contratação de seguro .

11.2.1 Se ficar caracterizado o não pagamento dos prêmios para qualquer forma de pagamento, o seguro estará sujeito ao disposto nas cláusulas 12 (Período de tolerância) e 14 (Suspensão e reabilitação do seguro) destas condições gerais.

11.2.2 Se a forma de pagamento escolhida for débito automático em conta-corrente, e se não houver manifestação do responsável pelo pagamento em até 30 (trinta) dias antes do dia do débito, o cancelamento não será aceito.

11.2.3 O responsável pelo pagamento poderá autorizar a seguradora a reemitir, na conta-corrente ou no cartão de crédito do responsável pelo pagamento, o débito vencido e não pago.

11.3 Na falta de pagamento do primeiro prêmio na data indicada, as coberturas relativas a este seguro não entrarão em vigor.

11.4 O segundo prêmio e os subsequentes serão devidos e exigíveis para pagamento até as datas de seus vencimentos, durante todo o período de pagamento dos prêmios, conforme exposto na apólice.

11.5 A data de vencimento do prêmio e a periodicidade de pagamento serão estabelecidas pelo responsável pelo pagamento na proposta de contratação de seguro. Quando a data de vencimento coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

11.6 Periodicidade do pagamento

11.6.1 Os prêmios podem ser pagos de forma anual ou mensal, conforme escolha do responsável pelo pagamento na ocasião da contratação do seguro.

11.6.2 O valor de cada prêmio anual, calculado atuarialmente e já atualizado monetariamente, será cobrado em 12 (doze) parcelas mensais sucessivas, se assim o responsável pelo pagamento optar, multiplicando o valor do prêmio anual pelo fator a seguir. A exceção é para o período de pagamento em 5 anos, cujo prêmio mensal será equivalente ao prêmio anual dividido em 12 parcelas de mesmo valor:

Periodicidade	Fator
Mensal	0,0868

11.7 O responsável pelo pagamento poderá solicitar mudança na periodicidade, na forma de pagamento do prêmio e/ou na data do vencimento.

- 11.8 Durante o período de tolerância, qualquer pagamento em atraso será efetuado pelo valor do prêmio vencido acrescido de multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).
- 11.9 Além da multa anteriormente citada, será acrescentada ao valor do prêmio vencido e não pago a atualização monetária, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data de seu respectivo vencimento até a data de sua efetiva liquidação, acrescida de juro de 1% a.m. (um por cento ao mês), em base *pro rata temporis*.

12. Período de tolerância

- 12.1 O período de tolerância é definido como o período de 60 (sessenta) dias ininterruptos, a ser contado a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do prêmio vencido e não pago, durante o qual o segurado ainda fará jus às coberturas contratadas.
- 12.2 **Se, durante o período de tolerância, ocorrer algum evento coberto, quaisquer prêmios devidos e não pagos serão deduzidos do valor do benefício.**
- 12.3 **Se, findo o período de tolerância, os prêmios vencidos e não pagos não forem quitados na forma descrita na cláusula 11, o seguro será suspenso, conforme cláusula 14 destas condições gerais.**
- 12.4 A reserva técnica continuará sendo constituída normalmente durante o período de tolerância.

13. Renovação do seguro

- 13.1 O seguro com duração de 5 (cinco) anos poderá ser, mediante acordo entre as partes, renovado por igual período.
- 13.1.1 A primeira renovação poderá ser automática e sem, necessariamente, a realização de nova análise de risco. É facultado ao segurado ou à seguradora optar pela não renovação deste seguro,

desde que manifeste tal intenção com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término de vigência.

13.1.2 Para as renovações subsequentes, as partes deverão manifestar por escrito sua intenção de renovação, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término de vigência.

13.2 O direito de renovação é assegurado desde que todos os prêmios tenham sido pagos até a data do término de vigência do seguro.

13.3 Ao ser renovada, a apólice manterá o período de não contestação original, conforme cláusula 15 (Período de não contestação), isto é, não será contado novo período de não contestação.

13.4 O item 13.1 não vigorará caso a idade do segurado na data de renovação seja maior que 70 anos.

14. Suspensão e reabilitação do seguro

14.1 A apólice ficará suspensa por 3 (três) anos, a contar do dia imediatamente posterior ao último dia do período de tolerância. Este período de 3 (três) anos é chamado de período de suspensão.

14.1.1 Não haverá cobertura dos sinistros ocorridos nem cobrança de prêmios durante o período de suspensão.

14.1.2 Durante o período de suspensão, o segurado poderá solicitar a reabilitação do seguro, mediante preenchimento de proposta específica, sujeitando-se a novo processo de aceitação do risco, conforme cláusula 9 (Aceitação do seguro) destas condições gerais.

14.2 O valor devido para a reabilitação corresponderá ao montante necessário para recompor, na data da reabilitação da apólice original, a reserva técnica referente à cobertura básica e às coberturas opcionais contratadas, quando a formação desta Reserva estiver prevista nas respectivas condições especiais, além dos demais direitos e garantias da apólice e despesas de administração. Seu valor será calculado caso a caso, em função do sexo e da idade do segurado, do tempo de

vigência da respectiva apólice, do período de suspensão e do capital segurado em vigor.

14.2.1 A reabilitação da apólice se dará na data do recebimento, pela seguradora, da proposta de reabilitação devidamente preenchida e assinada, com o comprovante de pagamento do valor devido pela reabilitação da apólice. A seguradora responderá, nesta hipótese, pelos sinistros ocorridos a partir de então.

14.2.2 A apólice estará cancelada se, findo o período de suspensão, o segurado não tiver optado pela reabilitação. Nesse caso, a seguradora pagará ao segurado a Reserva técnica, já constituída, atualizada monetariamente com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data da última variação da reserva técnica até o efetivo pagamento.

14.3 Caso haja reabilitação do seguro, os períodos de carência descritos na cláusula 3 (Carência) destas condições especiais terão sua contagem reiniciada, a partir da data da expedição da comunicação pela seguradora quanto à decisão de aceitação.

14.3.1 Caso a reabilitação do seguro seja feita após o pagamento do primeiro sinistro, será considerado um novo período de carência de 180 (cento e oitenta) dias a partir da data de reabilitação da apólice.

14.3.2 A solicitação para reabilitação deverá seguir as mesmas condições da data da suspensão, respeitando os módulos então contratados.

15. Período de não contestação

15.1 A seguradora não poderá contestar o pagamento do benefício em casos de doenças ou lesões preexistentes do segurado, desde que respeitadas as regras estabelecidas na cláusula 10 (Declarações inexatas e omissões), se, na data do evento, os seguintes prazos, aplicáveis conforme a hipótese, já tiverem decorrido:

- a) 24 (vinte e quatro) meses da data de emissão da apólice ou da data da reabilitação do seguro, aprovada pela seguradora, caso o segurado tenha sido submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela seguradora, por ocasião da análise da proposta de contratação ou de reabilitação; ou
- b) 60 (sessenta) meses da data de emissão da apólice ou da data da reabilitação do seguro, aprovada pela seguradora, caso o segurado não tenha se submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela seguradora, por ocasião da análise da proposta de contratação ou de reabilitação.

16. Cancelamento do seguro

16.1 Direito de cancelar o seguro

16.1.1 O segurado/responsável pelo pagamento tem o direito de cancelar o seguro mediante requerimento por escrito enviado à seguradora. Com o cancelamento do seguro, o contrato (apólice) se tornará nulo de pleno direito, não podendo ser reabilitado. Após o recebimento do requerimento de cancelamento, a seguradora devolverá qualquer prêmio líquido recebido, livre de taxas ou encargos que tenham recaído sobre ele, calculado na forma da lei.

16.1.2 Entretanto, o item anterior ficará sem validade quando o responsável pelo pagamento efetuar o pagamento do segundo prêmio ou após decorridos 30 (trinta) dias da emissão da apólice, mesmo que o segurado não a tenha recebido. Neste caso o seguro será cancelado sem a devolução do prêmio líquido recebido pela seguradora.

16.2 Além das situações mencionadas anteriormente e em outras cláusulas destas condições gerais, o seguro será cancelado:

- a) na contratação de 4 módulos: com o pagamento do benefício por doenças graves ao segurado referente a dois módulos contratados, durante o período de vigência do seguro;

- b) na contratação de 3 módulos: com o pagamento do benefício por doenças graves ao segurado referente a qualquer um dos módulos contratados, durante o período de vigência do seguro;
- c) mediante acordo entre as partes contratantes, com a solicitação expressa do segurado.

- 16.3 Quaisquer cobranças de prêmios efetuadas indevidamente pela seguradora, pagamento de prêmio ou outros valores, após a data de cancelamento do seguro, serão nulos e sem qualquer efeito, independentemente de aviso ou notificação, ficando à disposição do responsável pelo pagamento a importância paga indevidamente, calculada na forma da lei.
- 16.4 A apólice não poderá ser cancelada pela seguradora durante a sua vigência, sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

17. Pagamento do benefício

- 17.1 **Ocorrido o sinistro, este deverá ser comprovadamente comunicado à seguradora pelo segurado logo que o saiba através de preenchimento e envio de formulário específico disponível no site institucional ou pela central de atendimento da seguradora.**
- 17.2 **Quando previsto o pagamento do benefício de um evento coberto por este seguro, a ocorrência do sinistro bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas deverão ser satisfatoriamente comprovadas.**
- 17.3 **Os documentos básicos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada.**
- 17.3.1 **As despesas efetuadas com a comprovação do evento e obtenção dos documentos necessários correrão por conta do(s) solicitante(s), salvo as diretamente realizadas pela seguradora.**

17.3.2 Os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao pagamento do benefício, caso aplicável, ficarão totalmente por conta da seguradora.

17.4 A seguradora está autorizada, em caso de dúvida fundada e justificável, a tomar todas as providências necessárias à plena elucidação dos fatos, arcando com os custos correspondentes, para obter uma explicação completa sobre o evento ocorrido, podendo, inclusive, solicitar documentos que considerar necessários à comprovação do fato alegado, além daqueles descritos no item 17.15.

17.5 Estando de posse de toda a documentação solicitada no item 17.15, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para aceitar e efetuar o pagamento do benefício ou recusar o seu pagamento. Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a seguradora solicitar ao interessado no benefício outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil subsequente à chegada do último documento solicitado.

17.6 No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão das lesões, a seguradora deverá propor ao segurado, por escrito, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

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

17.6.2 A junta médica descrita anteriormente deve estar formada em até 15 (quinze) dias após a nomeação do médico representante do segurado.

- 17.7 Quando necessário para a regulação do sinistro, a seguradora poderá determinar a realização de uma perícia médica, que terá acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do segurado, com direito a realizar visita domiciliar ou hospitalar, requerer e proceder a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial, e os resultados apurados, incluindo os laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado ou seu representante legal, seu médico e a seguradora.
- 17.8 **As providências ou atos que a seguradora praticar não importam, por si mesmos, no reconhecimento da obrigação de pagamento de qualquer benefício.**
- 17.9 O valor do benefício será atualizado monetariamente entre a data da ocorrência do evento segurado e a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada na forma da lei.
- 17.10 Caso a periodicidade de pagamento do prêmio escolhida tenha sido anual, o valor do benefício será atualizado monetariamente, ainda, entre a data do último aniversário da apólice e a data de ocorrência do evento coberto, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, contada a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.
- 17.11 Qualquer pagamento de benefício feito após o prazo descrito no item 17.14 será efetuado no valor do benefício acrescido de multa de 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez.
- 17.12 Além da multa anteriormente citada, será acrescentada ao valor do benefício a atualização monetária pelo IPCA/IBGE acumulada desde a data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, acrescida de juro de 1% (um por cento) ao mês, em base *pro rata temporis*.
- 17.13 O pagamento do benefício deverá ser feito ao beneficiário por crédito em conta bancária de sua titularidade.

17.14 O pagamento de qualquer benefício decorrente da presente cobertura extingue o respectivo módulo associado. Esse pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados no item 17.15, observada a cláusula 17 (Pagamento do benefício) das condições gerais e demais disposições do seguro.

17.14.1 O segurado faz jus à indenização desta cobertura a partir do 30º (trigésimo dia) após a data da caracterização do diagnóstico da doença grave coberta ou da realização do procedimento médico coberto, desde que respeitados os períodos de sobrevivência (30 dias) e de demonstração de persistência das limitações ou manutenção da terapia, previstos para algumas das doenças graves cobertas.

17.14.2 Quando do pagamento do benefício de um dos quatro módulos contratados, o valor dos prêmios desta cobertura com então três módulos será mantido nos mesmos termos até o fim da sua vigência.

17.15 Os documentos básicos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) formulário de aviso de sinistro específico para esta cobertura, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- b) documento assinado pelo médico assistente do segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
- c) declaração de sobrevivência do segurado;
- d) cópias dos exames comprobatórios;
- e) cópia do prontuário médico de internação hospitalar do segurado, em caso de ter havido internação;
- f) documento de identidade e CPF do segurado;
- g) certidão de nascimento do segurado, quando menor de 18 (dezoito) anos;

- h) comprovante de residência do segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;
- i) comprovante de telefone e DDD do segurado;
- j) comprovante de profissão do segurado; e
- k) comprovante do patrimônio estimado ou renda mensal do segurado.

17.16 O benefício será pago ao segurado de forma única e integral.

17.17 Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era de direito, o valor será pago de acordo com a legislação vigente.

17.18 Não está prevista a reintegração do capital segurado após o pagamento da indenização.

18. Opções para recebimento do benefício

18.1 Após o término do processo de regulação do sinistro, o benefício será pago de forma única e integral ao segurado.

18.2 Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era de direito, o valor será pago de acordo com a legislação vigente.

19. Atualização dos valores do seguro

19.1 Todos os valores deste seguro serão expressos em moeda corrente nacional.

19.2 Os capitais segurados e, conseqüentemente, os prêmios serão atualizados anualmente, no aniversário da apólice, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.

19.3 Os prêmios deste seguro são nivelados durante a sua vigência, não havendo reajustes de prêmio por mudança de idade. Isso significa

que serão aplicadas apenas atualizações monetárias no capital segurado e, consequentemente, nos prêmios na mesma proporção, conforme previsto no item anterior.

19.4 Para a hipótese de não ser possível seguir qualquer um dos procedimentos de atualização monetária previstos nestas condições gerais, em virtude da edição de lei ou medida governamental que altere os critérios de atualização monetária, o responsável pelo pagamento, o segurado, o(s) beneficiário(s), conforme o caso, e a seguradora acordam o seguinte:

- a) se houver extinção do IPCA/IBGE, será imediatamente utilizado como índice substitutivo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE) ou, na falta deste, o índice que vier a ser autorizado pela Susep;
- b) será interrompida imediatamente a atualização monetária de todos os valores inerentes a este seguro, caso essa atualização venha a ser vedada; ou
- c) se houver proibição da utilização de indexadores, a atualização monetária prevista nesta cláusula será ajustada conforme deliberação do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente para dispor sobre a matéria.

19.5 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios será feito independentemente de notificação judicial, de uma só vez, com os demais valores do contrato.

20. Extrato periódico

20.1 Periodicamente, e sempre que solicitado pelo segurado, será enviado um extrato, contendo valores atuais do prêmio, do capital segurado e outras informações necessárias ao acompanhamento dos valores inerentes ao seguro.

21. Foro

21.1 Será competente para dirimir quaisquer pendências ou dúvidas decorrentes da execução deste seguro o foro do domicílio do segu-

rado ou do beneficiário. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto anteriormente.

22. Disposições finais

- 22.1 O segurado deverá informar imediatamente à seguradora qualquer mudança de endereço ou alteração nos dados de conta bancária ou cartão de crédito para cobrança de prêmios.**
- 22.2 Os prazos prescricionais serão aqueles que a legislação vigente determinar.**
- 22.3 Os tributos incidirão e serão recolhidos conforme legislação em vigor.**
- 22.4 As condições contratuais deste seguro encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.**
- 22.5 O registro deste plano na Susep não implica, por parte dessa autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.**
- 22.6 O segurado poderá consultar a situação cadastral da sua corretora de seguros/corretor no site www.susep.gov.br por meio do número do registro na Susep, nome completo, CNPJ ou CPF.**
- 22.7 Qualquer devolução de prêmio será realizada pela seguradora por meio de crédito em conta bancária ou restituição via cartão de crédito, obrigatoriamente, de titularidade do responsável pelo pagamento, conforme termos e condições deste seguro.**
- 22.8 Para os casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.**

- 22.9 **A Prudential do Brasil Seguros de Vida S.A. se preocupa com a privacidade e a proteção dos dados pessoais de seus clientes, cumprindo todas as legislações aplicáveis, em especial, a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados). Caso o titular dos dados pessoais tenha interesse em obter mais informações sobre como os seus dados serão tratados pela Prudential, ele poderá consultar nossa Política de Privacidade, disponível em <https://www.prudentialdobrasil.com.br/politica-de-privacidade>.**

23. Glossário de termos técnicos

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

Incluem-se nesse conceito:

- a) **o suicídio, ou a sua tentativa, observado o disposto na alínea j da cláusula 4 destas condições gerais;**
- b) **os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;**
- c) **os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
- d) **os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e**
- e) **os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.**

Excluem-se desse conceito:

- a) **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencade-**

adas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com estes, 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**
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz por acidente pessoal, definida anteriormente.**

Apólice: documento formal e legal, emitido pela seguradora, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, sendo composta pelas respectivas condições gerais.

Benefício adicional: capital segurado adicional a ser pago se, ao primeiro diagnóstico de câncer de mama, no caso de segurada do sexo feminino, ou diagnóstico de câncer de próstata, no caso de segurado do sexo masculino, for caracterizada uma das situações especificadas.

Evento coberto: sobrevivência do segurado 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico, feito por médico especializado, de uma das doenças graves cobertas ou da realização de um dos procedimentos médicos cobertos, ambos descritos na cláusula 2 destas condições gerais, desde que respeitados os períodos de demonstração de persistência das limitações ou manutenção da terapia, previstos para algumas das doenças graves cobertas.

Capital segurado: valor estabelecido na apólice, também referido nesta condição geral como benefício, para cada cobertura contratada, e que corresponde à quantia máxima a ser paga pela seguradora na ocorrência do sinistro. Do capital segurado/benefício serão deduzidos eventuais valores devidos pelo segurado à seguradora, como: montante principal e os juros acumulados em quaisquer assistências financeiras utilizadas e ainda não quitadas e quaisquer prêmios devidos e não pagos, acrescidos de multa, juros e atualização monetária.

Carência: período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da reabilitação, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

Carregamento: percentual incidente sobre os prêmios, para fazer face às despesas de administração e comercialização da seguradora. Este percentual varia em função da idade de contratação, do sexo do segurado e do prazo escolhido para pagamento, e constará, em seu percentual exato, na apólice.

Cobertura básica: corresponde aos riscos assumidos pela seguradora na ocasião da contratação do seguro.

Cobertura opcional: cobertura adicionada ao contrato, facultativamente, mediante cobrança de prêmio adicional. A referida cobertura somente pode ser adquirida com a contratação da cobertura básica.

Condições especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições gerais: conjunto de cláusulas que disciplina os direitos e obrigações da seguradora, do segurado e dos beneficiários, bem como as características gerais do seguro.

Corretora de seguros/corretor: intermediário legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre a seguradora e o público consumidor em geral.

Declaração pessoal de saúde: conjunto de informações fornecidas pelo proponente à seguradora sobre suas condições de saúde, seu histórico médico familiar e suas atividades, que configura parte integrante da proposta de contratação e/ou de reabilitação, em que o proponente/segurado responsabiliza-se pela veracidade e integralidade das informações prestadas.

Doença grave coberta: doenças especificadas na cláusula 2 destas condições gerais, respeitadas sua organização em módulos de coberturas, suas respectivas definições, caracterizações e exclusões.

Doenças ou lesões preexistentes: as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas antes da data de contratação do seguro, que são de prévio conhecimento do segurado e que, se não forem declaradas na proposta de contratação e/ou reabilitação, não geram para o segurado ou beneficiário o direito à indenização.

Garantias: designações utilizadas para definir as responsabilidades assumidas pela seguradora em função do seguro contratado.

Início de vigência: data a partir da qual a(s) cobertura(s) de risco contratada(s) será(ão) garantida(s) pela seguradora.

Módulos de cobertura: organização, em grupos, das doenças graves cobertas e dos procedimentos médicos cobertos para critérios de análise de risco, subscrição, aceitação e indenização.

Nota técnica atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na Susep previamente à comercialização.

Período de não contestação: período durante o qual a seguradora não poderá alegar doença ou lesão preexistente para contestar o pagamento de benefício, observadas as regras estabelecidas na cláusula de declarações inexatas e omissões.

Período de suspensão: período de 3 (três) anos, contados a partir do dia imediatamente posterior ao fim do período de tolerância, na falta de

pagamento de prêmio, durante o qual o segurado não fará jus a qualquer das coberturas constantes destas condições gerais, e durante o qual ele poderá optar por reabilitar ou cancelar a apólice.

Período de tolerância: período de 60 (sessenta) dias ininterruptos, contados a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do pagamento do prêmio vencido e não pago, durante o qual o segurado ainda fará jus às coberturas contratadas.

Prêmio: valor pago pelo segurado ou pelo responsável pelo pagamento à seguradora para custear o seguro.

Procedimento médico coberto: procedimentos médicos especificados na cláusula 2 destas condições gerais, respeitadas sua organização em módulos de coberturas, suas respectivas definições, caracterizações e exclusões.

Proponente: pessoa, física ou jurídica, que pretende contratar o seguro, apresentando à seguradora uma proposta de contratação com informações de sua responsabilidade.

Proposta de contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, mediante o qual o proponente expressa a intenção de contratar o seguro com estas, manifestando pleno conhecimento das regras estabelecidas por estas condições gerais.

Reserva técnica: característica dos seguros de pessoas com coberturas de risco no regime financeiro de capitalização atuarial, que considera probabilidades, variáveis biométricas (mortalidade, morbidade, invalidez e outras) e taxa de juros para fazer face aos compromissos da seguradora com seus segurados.

Responsável pelo pagamento: pessoa física ou jurídica que se obriga a pagar os prêmios.

Risco: evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, que ocorre independentemente da vontade do segurado.

Risco coberto: evento previsto na apólice de seguro que, em caso de comprovada concretização, dá origem à liberação do benefício.

Riscos excluídos: eventos previstos nas condições gerais e especiais que não estão cobertos pelo presente seguro.

Segurado: pessoa física indicada como tal na apólice, sobre cuja vida se procederá à avaliação de risco de modo a estabelecer o seguro, que fará jus às coberturas contratadas.

Seguradora: Prudential do Brasil Seguros de Vida S.A., registrada no CNPJ sob o nº 33.061.813/0001-40, constante da proposta de contratação, que assume os riscos inerentes às coberturas, nos termos deste seguro.

Seguro: contrato pelo qual uma das partes (seguradora) se obriga para com a outra (segurado), mediante o recebimento de um prêmio, a indenizá-lo ou a terceiro(s) por riscos previstos na apólice.

Sinistro: ocorrência de um evento danoso, expressamente previsto nas condições gerais e/ou especiais do seguro, cujo capital segurado será pago pela seguradora, respeitados os limites de cobertura contratados.

REND A HOSPITALAR

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL

1. Definições	52
2. Garantias	53
3. Carência	54
4. Franquia	54
5. Riscos excluídos	54
6. Diária segurada	56
7. Data do evento	57
8. Vigência da cobertura	57
9. Suspensão e reabilitação	57
10. Cessaç ão da cobertura	58
11. Pagamento do benefício	59
12. Disposições gerais	60

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL DE RENDA HOSPITALAR

Estas condições especiais integram o seguro Prudential Proteção em Vida Doenças Graves Modular, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

- 1.1 Serão utilizadas as mesmas definições do Glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro, além das definições a seguir inseridas:

Diária segura: importância a ser paga ao segurado em função do valor contratualmente estabelecido para a garantia de evento coberto, independentemente do valor da diária de internação cobrada pelo hospital/clínica e demais despesas efetuadas pelo segurado.

Doença: perturbação das condições de saúde do segurado, caracterizada por um processo mórbido que torna necessária a sua internação hospitalar, não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.

Evento coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) garantia(s) abrangida(s) pelo seguro contratado, sendo, para fins desta cobertura, a internação hospitalar.

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 diária segura.

Garantias: obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

Hospital/clínica: estabelecimento legalmente autorizado a funcionar como tal, e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro diplomados, possuindo serviço de enfermagem, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas.

Internação hospitalar: período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação em hospital/clínica, caracterizado pela necessidade de tratamento médico que não possa ser realizado em regime ambulatorial.

Médico assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Unidade de terapia intensiva (UTI): área especializada dentro da estrutura hospitalar que reúne equipamentos de alta complexidade tecnológica e equipe multidisciplinar especializada para a realização de tratamentos em terapia intensiva. Os cuidados ministrados aos pacientes deverão compreender:

- a) cuidados para estabilizar os sistemas fisiológicos principais para a manutenção da vida; e
- b) cuidados que não possam ser executados em outras unidades do hospital devido a técnicas próprias de UTI.

1.2 Para fins desta cobertura, o beneficiário é o próprio segurado.

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

2. Garantias

- 2.1 Esta cobertura, desde que contratada e pago o prêmio adicional correspondente, garante ao segurado, na hipótese da ocorrência de um evento coberto, o pagamento de uma diária segurada para cada dia de internação hospitalar por motivo de doença ou acidente pessoal coberto. Para cada dia de internação hospitalar em UTI, a diária segurada será paga em dobro. Serão observados os limites de garantia, os riscos excluídos, o período de carência e demais termos previstos contratualmente para esta cobertura.

- 2.2. **A garantia está limitada ao pagamento de, no máximo, 200 (duzentas) diárias por evento, totalizando 1.000 (mil) diárias durante a vigência desta cobertura, respeitadas as exclusões, bem como os prazos de carência e de franquia previstos nas cláusulas 3, 4 e 5 destas condições especiais.**
- 2.3 A garantia restringe-se a eventos ocorridos durante a vigência desta cobertura, decorrido o período de carência e franquia.
- 2.4 **A idade mínima para contratação desta cobertura é de 14 (quatorze) anos e a máxima é de 70 (setenta) anos, com idade de saída aos 75 (setenta e cinco) anos.**

3. Carência

- 3.1 **Somente serão garantidos por esta cobertura os eventos ocorridos após 90 (noventa) dias, contados do início da vigência.**

4. Franquia

- 4.1 **As garantias desta cobertura estão sujeitas à franquia de 4 (quatro) dias, ou seja, somente estarão cobertas as internações hospitalares efetivadas a partir, inclusive, do quinto dia da respectiva internação hospitalar.**
- 4.2 **A partir do quinto dia de internação, o segurado passa a ter direito ao benefício, sendo pagas, inclusive, as diárias retroativas ao período de franquia.**

5. Riscos excluídos

Além das exclusões previstas na cláusula 4 (Riscos excluídos) das condições gerais, estão excluídas desta cobertura as internações hospitalares para a realização de ou decorrentes de, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

- a) **tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;**

- b) tratamentos da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas;**
- c) diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;**
- d) tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos;**
- e) qualquer procedimento relacionado a gravidez, parto ou aborto, exceto em caso de acidente pessoal;**
- f) exame ou check-up preventivo;**
- g) qualquer procedimento estético, tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento;**
- h) cirurgias plásticas em geral, exceto as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidente pessoal ocorrida na vigência do seguro;**
- i) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;**
- j) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;**
- k) tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados à tentativa de suicídio ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro, ou após novo prazo de 2 (dois) anos da reabilitação do seguro, ou atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;**
- l) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;**
- m) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;**
- n) tratamento e/ou cirurgia de hérnias de qualquer natureza, exceto em caso de acidente pessoal;**
- o) internação domiciliar, mesmo que decorrente de acidente pessoal;**
- p) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- q) investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;**
- r) tratamento cirúrgico devido a artroscopia e desvio de septo nasal;**

- s) **qualquer classe de neoplasia maligna (câncer) sem invasão ou “in situ” (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão;**
- t) **angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares); e**
- u) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com estes, 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 cirúrgicas, em qualquer tempo.**
- v) **invalidez ou morte resultante de tentativa de suicídio ou de suicídio do segurado ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos da data de vigência do seguro ou após novo prazo de 2 (dois) anos a partir da data da reabilitação do seguro. Neste caso, a seguradora restituirá a Reserva técnica constituída em nome do segurado, nos casos em que for possível.**

6. Diária segura

- 6.1 A diária segura será estabelecida contratualmente e constará na apólice de seguro.
- 6.2 O saldo da Reserva técnica será capitalizado mensalmente pela taxa de juros equivalente a 2% a.a. enquanto a cobertura estiver em vigor.
- 6.3 Alteração da diária segura

6.3.10 segurado poderá solicitar, a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os prêmios pagos em dia, a alteração da diária segura desta cobertura por meio de formulário apropriado, observada a cláusula 5 (Capital segurado) das condições gerais.

6.3.2 Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de diária segura e de prêmio estabelecidos pela seguradora.

6.3.3 Caso o segurado solicite a redução da diária segurada desta cobertura opcional, a seguradora pagará a ele a Reserva técnica proporcional à redução, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a redução até o efetivo pagamento.

- 6.4 Após a redução do valor da diária segurada, para manter a cobertura contratada em vigor, o responsável pelo pagamento deverá continuar pagando os prêmios da cobertura contratada, porém, estes serão reduzidos na mesma proporção da redução do valor da diária segurada.

7. Data do evento

Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação da diária segurada, a data da internação hospitalar e/ou a data da internação hospitalar em unidade de terapia intensiva.

8. Vigência da cobertura

- 8.1 A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos conforme estabelecido na apólice de seguro e corresponderá ao período de pagamento dos prêmios referentes a esta cobertura.

8.1.1 A vigência desta cobertura opcional poderá não coincidir com a vigência da cobertura básica, não podendo exceder o período de vigência desta.

8.1.2 Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes.

- 8.2 Esta cobertura opcional terá seu início e término de vigência às 24h da data para tal fim nela indicada.

9. Suspensão e reabilitação

- 9.1 Na falta de pagamento dos prêmios e após o decurso do período de tolerância, descrito na cláusula 12 (Período de tolerância) das con-

dições gerais, esta cobertura ficará suspensa, conforme previsto na cláusula 14 (Suspensão e reabilitação do seguro) das condições gerais.

9.2 **Caso haja reabilitação do seguro, o período de carência descrito na cláusula 3 (Carência) destas condições especiais terá sua contagem de 90 (noventa) dias reiniciada, a partir da data da expedição da comunicação pela seguradora quanto à decisão de aceitação.**

9.3 Caso o segurado não solicite quaisquer das alternativas citadas na cláusula 14 das condições gerais até o último dia do período de suspensão, a seguradora cancelará a cobertura. Além disso, a seguradora pagará ao segurado a Reserva técnica formada até o dia do cancelamento, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

10. Cessação da cobertura

10.1 Além das hipóteses previstas nas cláusulas 14 (Suspensão e reabilitação do seguro) e 16 (Cancelamento do seguro) das condições gerais do seguro, a garantia do risco a que se referem estas condições especiais cessa ainda:

- a) com o pagamento do total de diárias permitidas por vigência desta cobertura, conforme item 2.2 destas condições especiais;
- b) com o cancelamento ou término da cobertura básica à qual esta cobertura opcional está vinculada, respeitado o período correspondente ao prêmio pago;
- c) com a solicitação expressa do segurado do cancelamento desta cobertura opcional.

10.2 Caso o segurado solicite o cancelamento da cobertura opcional, a seguradora pagará a ele a Reserva técnica formada até o dia do cancelamento, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

11. Pagamento do benefício

- 11.1 O pagamento de qualquer benefício decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados na cláusula 17 (Pagamento do benefício) das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 11.2 Os documentos básicos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) formulário de aviso de sinistro, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
 - b) documento assinado pelo médico assistente do segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
 - c) documento de identidade e CPF do segurado, quando maior de 18 (dezoito) anos, ou certidão de nascimento, quando menor de 18 (dezoito) anos;
 - d) comprovante de residência do segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;
 - e) comprovante de renda;
 - f) comprovante de profissão;
 - g) carteira nacional de habilitação (se o segurado era o condutor na ocasião do acidente);
 - h) resultado do exame de dosagem alcoólica no sangue e laudo toxicológico (se o segurado era o condutor na ocasião do acidente);
 - i) cópia completa do prontuário hospitalar devidamente assinado pelo médico responsável;
 - j) comprovante da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e o motivo da internação;
 - k) brevê de piloto e atestado de navegabilidade de aeronave (se o segurado sofreu acidente aéreo e era ele o piloto na ocasião do acidente);
 - l) carteira de habilitação náutica (se o segurado sofreu acidente náutico e era ele o piloto da embarcação na ocasião do acidente);

- m) boletim de ocorrência policial ou certidão de ocorrência policial;
- n) exames realizados que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- o) resultado do exame de corpo delito realizado pelo IML (se tiver sido realizado); e
- p) comunicação de acidente de trabalho – CAT (se o acidente ocorreu no local de trabalho).

11.3 O benefício será pago ao segurado de forma única e integral.

11.4 As diárias serão pagas após a alta médica do segurado e apresentação dos documentos. Em caso de internações por período superior a 30 (trinta) dias, é possível o pagamento antecipado do benefício a cada 30 (trinta) dias de internação, finalizando o processo após a alta médica.

11.4.1 O segurado ou seu representante legal deverá manifestar a intenção do recebimento do benefício antecipado por meio dos documentos.

11.4.2 Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era de direito, o valor será pago de acordo com a legislação vigente.

11.5 O valor do benefício será atualizado monetariamente entre a data da ocorrência do evento segurado e a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada na forma da lei.

11.5.1 Qualquer pagamento de benefício feito após o prazo descrito no item 11.1 será efetuado no valor do benefício acrescido de multa de 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez.

12. Disposições gerais

12.1 Ratificam-se as demais condições do seguro que não foram alteradas por estas condições especiais.

ANEXOS

Anexo 1: Plataforma de Saúde Virtual.....	62
Anexo 2: Desconto em Medicamentos.....	71

ANEXO 1

PLATAFORMA DE SAÚDE VIRTUAL

Este documento não é parte integrante das Condições Gerais do seu seguro.

Aqui você tem acesso às principais informações da sua assistência Plataforma de Saúde Virtual: orientações gerais sobre os serviços, como utilizar, canais de atendimento etc.

Objetivo

A assistência Plataforma de Saúde Virtual Teladoc está atrelada à contratação do seu seguro, desde que este possua esta assistência contratada. O objetivo é dar acesso a um programa de saúde, com praticidade, conforto e atendimento de qualidade.

Escopo

A assistência é composta por diferentes serviços:

1) Consulta médica por aplicativo ou telefone

Concede acesso a uma plataforma de vídeo de orientação médica e vídeo consulta, disponível 24h por dia, sete dias por semana. É possível realizar consultas de urgência médica ou com agendamento prévio, utilizando o aplicativo Teladoc Health ou pelo 0800 941 6347.

A vídeo consulta:

- **Anamnese:** escuta do paciente e de suas necessidades, verificação de preocupações, queixas e sintomas, critérios de gravidade, histórico médico, alergias, comorbidades, estilo de vida e hábitos.
- **Exame clínico à distância:** é o rastreio de sinais e sintomas, incluindo, por exemplo, análise de exames laboratoriais e radiológicos, de fotos e vídeos de lesões cutâneas, de alterações orais, na garganta, estado geral, padrão respiratório etc.
- **Avaliação diagnóstica:** conjunto de informações coletadas durante a anamnese detalhada e o exame clínico a distância que permite ao

profissional de saúde estabelecer possíveis diagnósticos que servirão de base para o cuidado da saúde de cada paciente.

- Plano terapêutico: a avaliação diagnóstica desencadeia orientações de saúde gerais e específicas, exames, prescrição de medicamentos, laudos e atestados. Em casos excepcionais, a vídeo consulta também pode se desdobrar em recomendações e encaminhamento para uma consulta ambulatorial com o especialista ou avaliação em um serviço de urgência/emergência.

Ao final da consulta, a prescrição será disponibilizada de forma digital pelo médico no aplicativo Teladoc Health, com o resumo da consulta e o atestado médico digital com padrão ICP- Brasil, quando aplicáveis.

Não há limite de utilizações para este serviço.

Horário de atendimento: 24 horas, todos os dias da semana.

Para utilizar essa assistência, ligue no 0800 941 6347 ou acesse o aplicativo Teladoc Health.

2) Orientação nutricional e esportiva

Os programas Nutricional e Esportivo têm como objetivo orientar o segurado a melhorar sua qualidade de vida por meio da alimentação saudável e da prática de exercícios físicos adaptados às mais diferentes circunstâncias. São dois programas diferentes, que podem ser utilizados em conjunto ou em momentos distintos.

É oferecido suporte para perda de peso, reeducação alimentar, atividades físicas entre outras. As recomendações são elaboradas respeitando as particularidades de cada paciente.

O acompanhamento para ambos os programas compreende o período de 65 (sessenta e cinco) dias, com 4 (quatro) contatos durante esse período. Uma orientação pontual também pode ser uma alternativa para quem deseja apenas esclarecer dúvidas.

As recomendações e o guia alimentar são de ordem qualitativa, visando orientar ao máximo o segurado de acordo com o seu objetivo.

O treino referente à orientação esportiva é enviado por e-mail, durante o período de acompanhamento.

O segurado deve solicitar o serviço pelo canal de atendimento telefônico Teladoc exclusivo para clientes Prudential. A disponibilidade de datas e horários será avaliada e o profissional de saúde (nutricionista ou educador físico) entrará em contato em até 48h úteis, por telefone.

Não é necessário encaminhamento médico para acessar esses serviços.

Não há limite de utilizações para esses serviços.

Horário de atendimento: de 9h às 20h, de segunda a sexta-feira.

Para utilizar essas assistências, ligue no 0800 941 6347.

3) Psicoterapia

Este serviço tem o objetivo de avaliar, acompanhar e orientar o segurado para melhoria da sua saúde mental e bem-estar emocional.

Os protocolos são personalizados, por meio de atendimento psicológico pontual ou um acompanhamento ou tratamento, conforme necessidade apresentada.

O segurado deve solicitar o serviço pelo agendamento no aplicativo Teladoc Health para clientes Prudential. O segurado receberá avisos por notificação do aplicativo e por SMS, indicando a proximidade do horário da vídeo consulta, que ocorre no aplicativo. O agendamento das consultas ocorre conforme disponibilidade do segurado. É possível realizar a troca de profissional sempre que desejado e necessário.

As consultas têm duração de 30 minutos e o segurado tem a possibilidade de agendar dois horários seguidos. Se necessário, o cancelamento da consulta pode ser realizado com até 24 horas de antecedência.

O segurado terá acesso também ao chat do aplicativo Teladoc Health, para o envio de dúvidas diretamente ao psicólogo. O psicólogo estará apto a responder às perguntas de segunda à sexta-feira das 8h às 20h, com prazo de resposta de até 6 horas.

Não é necessário encaminhamento médico para acessar este serviço.

Não há limite de utilizações para este serviço.

Horário de atendimento: das 7h às 22h, de segunda a sexta-feira.

Para utilizar essa assistência, acesse o aplicativo Teladoc Health ou tire suas dúvidas no 0800 941 6347.

4) Segunda opinião médica

O serviço de segunda opinião médica refere-se a um parecer complementar de diagnóstico médico realizado ou de tratamento sugerido. Isso significa que, após um diagnóstico, como por exemplo a indicação de cirurgia ou tratamento mais complexo, o paciente poderá ter mais uma análise e opinião médica sobre seu caso. A seleção dos médicos especialistas é feita pelo comitê médico internacional da Teladoc, que fornece um suporte para o paciente antes, durante e após todo o processo.

Cada caso é tratado como único, e a seleção dos especialistas terá como base a experiência e o conhecimento deles sobre o assunto. Uma vez selecionados, os médicos especialistas receberão as informações relevantes do caso e as perguntas do paciente de forma anônima, para que façam uma revisão completa e emitam um parecer independente.

O serviço deve ser solicitado pelo canal de atendimento telefônico Teladoc para clientes Prudential. O médico responsável entrará em contato com o segurado para dar início ao processo de anamnese, coleta dos exames e imagens relevantes e seleção dos médicos especialistas que irão revisar o caso.

Em até 7 dias úteis, o segurado receberá o retorno por meio de um relatório, além de contato via telefone para acompanhamento do caso e avaliação do serviço prestado.

Não há limite de utilizações para este serviço.

Horário de atendimento: das 9h às 20h horas, de segunda a sexta-feira.

Para utilizar essa assistência, ligue no 0800 941 6347.

5) Orientação gestacional

Este serviço tem como objetivo promover a saúde da gestante e do bebê, orientar e esclarecer dúvidas sobre o período gestacional e puerperal.

Os contatos com a seguradora são ativos, por meio de cronograma previamente definido junto ao médico, e é realizado por uma equipe de saúde. Os contatos podem ser também receptivos sempre que a gestante ou puérpera precisar esclarecer uma dúvida ou avaliar um sintoma dela ou do bebê.

O acompanhamento pode ser iniciado em mulheres com até 34 (trinta e quatro) semanas de gestação e será finalizado com 1 (um) contato no puerpério. O acompanhamento é realizado mensalmente ou de acordo com a necessidade de cada gestante.

Os principais objetivos são:

- acompanhar a saúde gestacional;
- garantir adesão ao pré-natal;
- realizar diagnósticos prévios de doenças gestacionais;
- acolher e apoiar a gestante e puérpera;
- esclarecer dúvidas e
- dar orientações gerais.

A seguradora deve solicitar o serviço pelo canal de atendimento telefônico Teladoc para clientes Prudential. A disponibilidade de datas e horários será avaliada e um enfermeiro obstétrico entrará em contato em até 48h úteis, por telefone.

Não há limite de utilizações para este serviço.

Horário de atendimento: das 9h às 20h, de segunda a sexta-feira.

Para utilizar essa assistência, ligue no 0800 941 6347

6) Triagem clínica via telefone e/ou aplicativo

Este serviço tem como objetivo o acolhimento das demandas de saúde, como:

- Condução, orientação e acompanhamento, por telefone, das urgências e emergências do segurado relacionadas à saúde e ao bem-estar.
- Encaminhamento para os outros serviços do programa: consulta médica, orientação nutricional, orientação esportiva, orientação gestacional e segunda opinião médica.
- Acionamento de atendimento pré-hospitalar (APH) terceirizado e acompanhamento.
- Prover informações referentes a doenças, tratamentos, prevenção e promoção da saúde.
- Prover aconselhamento sobre preparo e realização de exames médicos.
- Assessoria para compreensão de relatórios e terminologias médicas, avaliações e diagnósticos.
- Acompanhamento pós-internação.
- Informação sobre vacinação e campanhas de saúde ativas (p. ex.: dengue).
- Informações sobre programas de vacinação em caso de viagens ao exterior.

Não há limite de utilizações para este serviço.

Horário de atendimento: das 9h às 20h, de segunda a sexta-feira.

Para utilizar essa assistência, ligue no 0800 941 6347

Como utilizar:

1) Como realizar uma consulta

Há diferentes formas de acessar os serviços, a depender do serviço: via aplicativo Teladoc Health (serviços de consulta médica e psicoterapia) e via 0800 exclusivo para a Prudential (todos os serviços, com exceção do atendimento com psicólogo e vídeo consulta).

I. Agendamento no aplicativo

Após fazer o cadastro e login no aplicativo, siga os passos após clicar em “Preciso de um atendimento”.

Para ingressar na consulta por vídeo, o segurado receberá alertas do aplicativo em seu celular, que o direcionarão ao menu principal, com a opção de ingressar na sala de consulta, na qual o segurado aceita a tela de confirmação da chamada e prossegue com o atendimento médico ou psicológico. Haverá um pedido de avaliação de satisfação ao final da consulta.

II. Agendamento no 0800 exclusivo Prudential

O segurado é atendido pela triagem com o enfermeiro, que:

1. atende a solicitação de consulta;
2. direciona para o serviço desejado;
3. fornece informações;
4. entende suas necessidades;
5. agenda a consulta de acordo com a sua disponibilidade.

O retorno é feito diretamente pelo profissional de saúde responsável pelo serviço desejado por meio de ligação telefônica. Nessa mesma ligação será iniciada a consulta.

2) Como cancelar uma consulta

As consultas via aplicativo podem ser canceladas no menu “Próximas Consultas”, localizado na tela principal do aplicativo.

Para cancelar uma consulta agendada pelo 0800 exclusivo Prudential, o segurado deve ligar para o canal e solicitar o cancelamento com a equipe.

3) Como localizar a prescrição médica:

Prescrições médicas realizadas pelo aplicativo estão disponíveis para download no menu “Histórico”, na seção inferior direita da página inicial do aplicativo.

Prescrições médicas de consultas realizadas pelo telefone são enviadas por link de acesso via SMS.

Atenção:

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), medicamentos controlados que exigem notificação de receita amarela, receita azul, de substâncias retinoides e de talidomida só podem ser adquiridos com a apresentação de receita física. Todos os demais podem ser adquiridos por meio de prescrição digital.

Validação da prescrição digital: as prescrições eletrônicas emitidas pela Teladoc para clientes Prudential são assinadas eletronicamente usando certificado ICP Brasil.

Contatos e canais

SAC Teladoc: 0800 835 2362

Acesso aos serviços Teladoc para clientes Prudential: 0800 941 6347, 24h por dia, todos os dias da semana.

Baixe o aplicativo da Teladoc Health pelos QR Codes a seguir:

Play Store



Apple Store



Serviços	Canal de Atendimento	
	0800 exclusivo	Aplicativo
Triagem clínica	X	
Segunda opinião médica	X	
Orientação nutricional e esportiva	X	
Orientação gestacional	X	
Psicoterapia		X
Consulta médica	X	X

ANEXO 2

DESCONTO EM MEDICAMENTOS

Este documento não é parte integrante das Condições Gerais do seu seguro.

Aqui você tem as principais informações da sua assistência de desconto em medicamentos: orientações gerais, como utilizar e canais de atendimento.

Objetivo

A assistência de desconto em medicamentos está atrelada à contratação do seu seguro, desde que este possua esta assistência contratada, e dá ao segurado acesso a um plano de descontos na compra de medicamentos em estabelecimentos credenciados, bem como o seu custeio integral ou parcial, a depender do tipo de medicamento.

Escopo

Plano:

Lista de Medicamentos	Genérico	Similar	Referência
Produtos	1.979	1.469	785
Apresentações	4.272	3.106	1.779
Princípios Ativos	325	428	600
Classes Terapêuticas	12	12	12
Cobertura epharma	100%	30%	30%
Coparticipação do segurado	0%	70%	70%

Informações importantes:

- O identificador do plano vinculado à sua apólice é **“pruemvida”**.
- Os medicamentos de referência* são medicamentos inovadores

registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e cuja eficácia, qualidade e segurança são comprovadas por meio de estudos clínicos.

- Os medicamentos genéricos* são os que contêm os mesmos princípios ativos dos medicamentos de referência, mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, devendo apresentar testes que comprovem sua igualdade com o medicamento de referência.
- Os medicamentos similares* são os que contêm os mesmos princípios ativos dos medicamentos de referência, mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica. São considerados equivalentes aos medicamentos de referência.
- Para a compra de qualquer medicamento, é necessária a apresentação da prescrição médica.
- O segurado poderá usar um valor mensal subsidiado de até R\$200. O valor mensal, em caso de não utilização, não é acumulativo. A cada mês, será disponibilizado o valor integral do subsídio para ser utilizado.
- Cada um dos grupos de medicamentos apresenta uma forma de cobertura.

* Para melhor entendimento sobre medicamentos de referência, genéricos e similares, acesse: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/perguntas-frequentes/medicamentos/conceitos-e-definicoes/conceitos-e-definicoes>

No caso da compra de medicamentos genéricos, o segurado não terá coparticipação, isto é, o medicamento não terá qualquer custo. Caso o saldo de subsídio mensal disponível seja inferior ao valor do medicamento, o segurado irá custear o valor excedente no momento da compra, e o saldo de subsídio mensal será zerado.

Para os medicamentos similares e de referência, o segurado terá a coparticipação de 70% do valor do medicamento, sendo necessário que este valor seja pago ao estabelecimento no ato da compra. Os 30% remanescentes serão cobertos pelo plano, e o valor financeiro correspondente será debitado do saldo de subsídio mensal disponível. Caso o saldo de subsídio mensal disponível seja inferior ao valor correspondente aos 30%, o segurado irá custear também o excedente no momento da compra, e o saldo de subsídio mensal será zerado.

O valor a ser coberto pelo plano e o valor da coparticipação são definidos sobre o preço final de venda, considerando os descontos contidos na lista de medicamentos.

Rede de farmácias

A rede credenciada é constituída pelas melhores farmácias e drogarias do país e é continuamente atualizada e adequada às necessidades de nossos clientes.

Para consulta aos estabelecimentos credenciados, acesse o seu aplicativo epharma.

Medicamentos cobertos

Para consulta aos medicamentos cobertos, acesse o seu aplicativo epharma.

Como utilizar

- 1) Localize um estabelecimento credenciado a rede: você pode localizar a loja credenciada mais próxima pelo aplicativo da epharma.
- 2) Leve à farmácia credenciada a receita médica ou odontológica original fornecida pelo profissional de saúde, devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina – CRM ou Conselho Regional de Odontologia – CRO, devendo em todos os casos conter a especificação do medicamento e/ou princípio ativo, posologia, número de caixas, data, assinatura e carimbo com a numeração do CRM ou CRO.
- 3) Apresente a prescrição médica, os medicamentos e o documento oficial com foto no balcão da farmácia e aguardar que o atendente localize o plano no sistema e aplique o desconto. Você deverá informar seu CPF e o nome do convênio – “PRUEMVIDA”. O atendente emitirá um cupom vinculado à sua compra e irá digitalizar a receita. Receitas digitais são aceitas desde que estejam em conformidade com as leis nacionais.
- 4) Assine o cupom vinculado, conforme documento oficial com foto apresentado, preenchendo os seus dados de identificação.

- 5) Dirija-se ao caixa do estabelecimento para pagamento, se aplicável ao medicamento em questão.
- 6) Verifique o extrato e o saldo disponível no aplicativo epharma, apenas para conferência.

Se estiver impossibilitado de comparecer à rede credenciada, em decorrência de problemas de saúde, serão aceitas autorizações escritas para a retirada dos medicamentos cobertos, as quais deverão estar acompanhadas dos documentos listados anteriormente.

No caso de segurados menores de idade, serão aceitas as compras realizadas pelos seus pais ou responsáveis legais, desde que munidos da receita médica ou odontológica em nome do menor e uma vez cumpridos os demais requisitos antes indicados, devendo obrigatoriamente apresentar comprovante de parentesco ou guarda legal à rede credenciada epharma.

As receitas terão validade de 30 (trinta) dias para os medicamentos de uso agudo e de 180 (cento e oitenta) dias para medicamentos de uso contínuo. Para medicamentos controlados, é preciso seguir as regras que a Anvisa estabelece para as redes de farmácias.

Medicamentos não cobertos

- os experimentais, não regulamentados pela legislação brasileira ou não autorizados pela ANVISA para a comercialização em território nacional e medicamentos isentos de prescrição (MIP).
- os administrados em internações hospitalares ou domiciliares, bem como outros tratamentos incluídos no rol de coberturas obrigatórias pelas operadoras de saúde, definidos pela Agência Nacional de Saúde.
- os não comercializados em farmácias ou drogarias.
- os de alta complexidade.
- os oncológicos e soluções hospitalares.
- os biológicos.
- os de disfunção erétil.
- os de emagrecimento.

- os manipulados, homeopáticos e fracionados.
- todos que, mesmo não individualizados nas exclusões anteriores, não estejam contemplados na Lista de Medicamentos Cobertos pelo programa.

Pelo WhatsApp (11) 93031 2189, com a atendente virtual Fabi, é possível:

1. consultar a rede credenciada de farmácias.
2. consultar a listagem de medicamentos cobertos.
3. tirar dúvidas sobre seu plano.

Contatos e canais

Central de Atendimento epharma para clientes Prudential: 0800 770 2408 (de segunda a sexta, das 7h às 23h. Sábados, domingos e feriados das 8h às 22h).

Baixe o aplicativo da epharma pelos QR Codes a seguir:

Apple Store



Play Store





Prudential

www.prudential.com.br



/prudentialdobrasil



/prudentialdobrasil



/company/prudentialdobrasil



Prudential do Brasil

Prudential Responde

3003 7783 (Capitais e Regiões Metropolitanas)

0800 200 7783 (Demais Localidades)

Ouvidoria

0800 200 0110

0800 024 0025 (Pessoas com Deficiência Auditiva e/ou de Fala)

SAC

0800 282 5907

0800 024 0025 (Pessoas com Deficiência Auditiva e/ou de Fala)