SEGURO
DOENÇAS TROPICAIS
CONDIÇÕES GERAIS

Prudential

SEGURO
DOENÇAS TROPICAIS
CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO
DOENÇAS TROPICAIS COLETIVO

Processo Susep nº 15414.617792/2020-13

CONDIÇÕES GERAIS

1. Objetivo do seguro 4
2. Eventos cobertos 4
3. Coberturas 4
4. Riscos excluídos 5
5. Âmbito territorial da cobertura 7
6. Idade do segurado 7
8. Contratação do seguro 8
9. Aceitação do seguro 9
10. Alteração da apólice 10
11. Renovação da apólice coletiva 11
12. Consequências de declarações incorretas 12
13. Capital segurado 14
14. Pagamento do prêmio 14
15. Recálculo e reavaliação do prêmio 18
16. Carência 19
17. Franquia 19
18. Cancelamento 20
19. Procedimento em caso de sinistro 22
20. Capital segurado – data do evento 26
21. Junta médica 26
22. Diligências da seguradora 27
23. Cláusula beneficiária 27
24. Atualização dos valores do seguro 28
25. Obrigações do estipulante 29
26. Comunicações 30
27. Foro 31
28. Disposições finais 31
29. Glossário de termos técnicos 32

CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS OPCIONAIS

Doenças Tropicais (DT) 40
Morte Acidental (MA) 46
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) 51
Diária por Internação Hospitalar – Acidente Pessoal/Doença (DIHA) 61
Doenças Graves (DG) 67
Inclusão Automática de Cônjuge (IAC) 73
Inclusão Automática de Filhos (IAF) 78
Inclusão Automática de Pais (IAP) 84

1. Objetivo do seguro

Este seguro tem por objetivo garantir a indenização ao(s) segurado(s) ou a seu(s) beneficiário(s) na ocorrência de eventos previstos nas coberturas contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, respeitando-se os demais itens destas condições gerais.

Os produtos comercializados pela Prudential do Brasil Vida em Grupo S.A. **não se caracterizam como plano de previdência privada, aposentadoria ou investimento e não têm como objetivo proporcionar ganhos financeiros ao segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s).**

A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco pela seguradora.

2. Eventos cobertos

2.1. Para fins deste seguro, consideram-se eventos cobertos aqueles definidos nas condições especiais, que constituem parte integrante e inseparável destas condições gerais.

3. Coberturas

As coberturas deste seguro estão definidas nas condições especiais e dividem-se em coberturas básicas e adicionais, sendo necessária a contratação da cobertura básica para a efetivação deste seguro e acesso à contratação das coberturas adicionais, sendo estabelecidas nas condições contratuais em conformidade com o estipulante.

3.1. Cobertura Básica: Diagnóstico de Doenças Tropicais.

3.1.1. Coberturas Adicionais:

a) Morte Acidental;
b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
c) Diária por Internação Hospitalar – Acidente Pessoal/Doença;
d) Doenças Graves.

3.1.2. Cobertura Suplementar aplicável apenas à cobertura básica: inclusão automática de cônjuge, filhos e pais.

3.2. Mediante a contratação da cobertura básica e sujeito ao pagamento do prêmio correspondente, o estipulante poderá solicitar a inclusão das coberturas adicionais, obedecidas as conjugações permitidas por esse plano de seguro e pela regulamentação e legislação vigentes.

3.3. O conjunto de coberturas contratadas pelo estipulante será oferecido para todo o grupo segurável de uma mesma apólice coletiva, respeitando-se as condições de elegibilidade de cada segurado.

4. Riscos excluídos

4.1. **Os eventos decorrentes das situações descritas a seguir estão excluídos das coberturas básicas e adicionais deste seguro, não cabendo ao(s) beneficiário(s) nem ao(s) segurado(s), conforme o caso, o direito a qualquer recebimento de qualquer pagamento e/ou devolução de valores, inclusive aqueles relativos a prêmios pagos:**

a) **uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
b) **invasões, hostilidades, atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;**
c) **perdas ou danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada por laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que ele tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;**

d) **informações sobre esporte, hobbies e atividade profissional, assim como doenças, lesões e acidentes preexistentes à contratação do seguro que poderiam ter influência na aceitação do risco ou no ajuste da taxa do prêmio, de conhecimento do segurado e não declarados na proposta de adesão;**

e) **tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

f) **atos ilícitos dolosos praticados pelo estipulante (na figura de seus sócios controladores, dirigentes e administradores), segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;**

g) **acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**

h) **sinistros caracterizados anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do estipulante/segurado, e não declarados à seguradora no momento da contratação do seguro ou inclusão do segurado;**

i) **tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;**

j) **perda de dentes e danos estéticos;**

k) **atos reconhecidamente perigosos, que não sejam motivados por necessidade justificada, nos casos de dolo do próprio segurado, do(s) beneficiário(s) ou do representante legal de um ou de outro, exceto quando provierem da utilização de meio de transporte arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.**

O(S) BENEFICIÁRIO(S) E O SEGURADO NÃO TÊM DIREITO AO CAPITAL ESTIPULADO EM CONSEQUÊNCIA DO SUICÍDIO OU SUA TENTATIVA, NOS PRIMEIROS 2 (DOIS) ANOS

DE VIGÊNCIA INICIAL DO CERTIFICADO INDIVIDUAL OU DA SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO, CONFORME DISPOSTO NO ART. 798 DO CÓDIGO CIVIL.

4.2. **Além dos riscos mencionados, estão também expressamente excluídos da cobertura de Acidentes Pessoais os acidentes ocorridos em consequência de: doenças, quaisquer que sejam as causas, inclusive as profissionais, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvados infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente pessoal coberto.**

5. Âmbito territorial da cobertura

5.1. O âmbito territorial das coberturas está descrito nas condições especiais.

6. Idade do segurado

6.1. Para fins de cálculo do prêmio, deverá ser considerada a idade completa do segurado na data da assinatura da proposta de adesão ou da renovação, desprezando-se quaisquer frações de ano.

6.2. As idades mínima e máxima para contratação do seguro estão estabelecidas na proposta de contratação, respeitadas as limitações impostas pela legislação vigente.

7. Vigência do seguro

7.1. A vigência da apólice coletiva será estabelecida no contrato firmado entre a seguradora e o estipulante.

7.2. O início e o término de vigência da cobertura individual do seguro são fixados no certificado individual de seguro, emitido para cada segurado.

7.3. As apólices coletivas, os certificados individuais de seguro e os endossos/aditamentos terão início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das respectivas datas indicadas nesses documentos.

7.4. **Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do certificado individual de seguro, se ela não for renovada pelo segurado.**

7.5. Para as apólices coletivas cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da respectiva proposta ou se dará em data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

7.6. Para as apólices coletivas cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência da cobertura ocorrerá partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

8. Contratação do seguro

8.1. A contratação da apólice coletiva somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo estipulante na figura de seu(s) sócio(s) ou representante(s) legal(is), que possua(m) poderes suficientes para prática de tal ato, ou por corretor de seguros habilitado.

8.2. A apólice coletiva será emitida levando em consideração as declarações prestadas pelo estipulante na proposta de contratação. Essas declarações determinarão a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

8.3. **Se for constatado, a qualquer tempo, que o grupo segurado difere daquele que serviu de base para o cálculo atuarial, a seguradora se reserva o direito de recalcular as taxas. Na hipótese de o estipulante não aceitar as novas taxas propostas, a apólice poderá ser cancelada pela seguradora.**

8.4. **A seguradora se reserva o direito de recalcular as taxas periodicamente conforme estabelecido em contrato firmado com o estipulante. Na hipótese de o estipulante não aceitar as novas taxas propostas, as novas vendas serão suspensas pela seguradora.**

9. Aceitação do seguro

9.1. A adesão do segurado à apólice coletiva será realizada mediante o aceite da proposta de adesão, e dela constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

9.2. A seguradora fornecerá ao estipulante ou seu representante, obrigatoriamente, o protocolo identificando a proposta de adesão por ela recepcionada, com indicação da data e da hora de seu recebimento.

9.3. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a proposta de adesão, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

9.3.1. A seguradora poderá solicitar ao proponente documentos complementares, além de declarações pessoais, exames médicos e/ou qualquer outra prova ou atestado de saúde para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta de adesão, o que poderá ser feito apenas uma vez durante esse prazo. Nesse caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que houver a entrega da documentação completa solicitada.

9.4. Será feita a comunicação formal no caso de não aceitação da proposta de adesão, justificando a sua recusa. A ausência de manifestação por qualquer meio formal, pela seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

9.4.1. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento será devolvido integralmente, ou deduzido da parcela *pro rata temporis* correspondente ao período em que tiver prevalecido

a cobertura. Nesse caso, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

9.5. Em caso de inclusão de menores de 14 (quatorze) anos, são permitidos, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal titular ou dependente.

9.6. A seguradora, obrigatoriamente, emitirá e disponibilizará o certificado individual de seguro após a contratação e em cada uma das renovações subsequentes.

9.7. No caso de doença ou de invalidez preexistente informada na proposta de adesão, a seguradora poderá aceitar o proponente com restrições de cobertura, excluindo os eventos que venham a ser causados pela doença ou pela invalidez informada.

10. Alteração da apólice

10.1. Nenhuma alteração na apólice coletiva do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo estipulante (na figura de seus sócios controladores, dirigentes e administradores), seu representante ou por corretor de seguros habilitado e receber concordância das partes contratantes.

10.1.1. Quando disponível, eventuais alterações nos certificados individuais deverão ser solicitadas pelo segurado por meio dos canais de atendimento.

10.2. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor, inclusive alteração de taxas de seguro, deverá ser realizada por aditivo à apólice coletiva, com a concordância expressa do grupo segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice coletiva que implique ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

10.3. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

11. Renovação da apólice coletiva

11.1. **Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora, a cada final de vigência da apólice coletiva, a faculdade de não a renovar, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice coletiva/certificados individuais, que terão suas coberturas garantidas até o final de vigência previsto no certificado individual.**

11.2. **A renovação automática da apólice coletiva, quando estabelecida contratualmente, só poderá ocorrer uma única vez, e as renovações posteriores devem ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa entre a seguradora e o estipulante.**

11.2.1. **Será enviado novo certificado individual aos segurados em cada uma das renovações do seguro.**

11.2.2. **A renovação não se aplica aos estipulantes que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice coletiva.**

11.3. **Na renovação, será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas incidentes, que será comunicada ao estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias. A concordância do estipulante implicará a renovação da apólice com as novas taxas.**

11.4. **Na renovação da apólice coletiva, qualquer alteração que implique ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo segurado.**

11.5. **Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice coletiva, deverá comunicar ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice. O estipulante ficará responsável pela comunicação aos segurados.**

12. Consequências de declarações incorretas

12.1. **Se o estipulante (na figura de seus sócios controladores, dirigentes e administradores), o segurado ou seu representante legal, ou a corretora/corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do risco, conforme o caso, ou no valor do prêmio, perderá o direito às coberturas, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido, de acordo com a legislação em vigor.**

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

I. **na hipótese de não ocorrência do sinistro:**

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

II. **na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial de indenização:**

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

12.2. **Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, independentemente de notificação ou interpelação judicial, o(s) segurado(s) e seu(s) beneficiário(s) perderá(ão) o direito às coberturas do seguro contratado, ficando este anulado, sem que caibam quaisquer valores à parte infratora, nas seguintes situações:**

a) **ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo(s) segurado(s), pelo(s) seu(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro; e/ou**
b) **descoberta, pela seguradora, de declarações incorretas graves ou omissões que disponham sobre questões, médicas ou não, preexistentes do segurado ou relacionadas ao histórico médico familiar dele, capazes de influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio.**

12.3. **O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.**

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

12.4.1. **A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, poderá dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o certificado individual de seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.**

12.4.2. **O cancelamento do certificado individual de seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.**

12.4.3. **Na hipótese de continuidade do certificado individual de seguro, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.**

13. Capital segurado

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

13.1.1. O tipo de capital escolhido pelo estipulante estará especificado na apólice coletiva, e o valor do capital segurado individual será estabelecido, por cobertura, no certificado individual de seguro, conforme proposto pelo segurado, respeitados os limites mínimo e máximo previamente estabelecidos pela seguradora.

13.2. **Os capitais segurados do segurado dependente, caso contratada cobertura suplementar, em quaisquer coberturas, não podem ser superiores aos do segurado titular.**

14. Pagamento do prêmio

14.1. O custeio poderá ser contributário ou não contributário, dependendo da escolha do estipulante.

14.2. **Para garantir o direito à cobertura dos segurados, o estipulante deverá efetuar o pagamento ou repasse do prêmio do seguro até a data de vencimento e conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.**

14.3. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte em que houver expediente bancário.

14.4. Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo prêmio, ele poderá ser pago até o 59º dia posterior ao vencimento da parcela em atraso.

Nesse período, será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido, com multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso.

14.4.1. Além da multa anteriormente citada, será acrescida ao valor do prêmio a atualização monetária, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, desde a data do vencimento da parcela em atraso até a data de seu efetivo pagamento, acrescida de juros de mora fixados em 1% a.m. (um por cento ao mês), em base *pro rata temporis.*

14.5. **Decorrido o prazo definido no parágrafo anterior, se não houver o pagamento do prêmio, o certificado de seguro será automaticamente e de pleno direito cancelado, e a cobertura não poderá ser reativada.** Havendo interesse do segurado ou do estipulante, deverá ser contratado um novo seguro, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento. Nesse caso, não caberá qualquer restituição ou compensação, no novo seguro, dos prêmios anteriormente pagos.

14.6. A seguradora enviará comunicado, por correspondência, ao estipulante, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento da apólice coletiva e do certificado individual, o qual será efetuado ainda que o estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funcionará apenas como um aviso de cancelamento.

14.7. **O segurado e o estipulante obrigam-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que ela possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento dessa obrigação desobrigará a seguradora da expedição de tal correspondência.**

14.8. É vedado ao estipulante cobrar qualquer taxa de inscrição ou de intermediação do segurado, ou recolher, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela seguradora e a ela devido.

14.9. Caso o estipulante receba, com o prêmio, qualquer outro valor, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança ou no recolhimento o valor do prêmio de cada segurado.

14.10. O estipulante, nos seguros contributários, salvo em caso de cancelamento do certificado individual de seguro, só poderá interromper o desconto do valor do prêmio pelo método escolhido, tais como débito em conta, folha de pagamento, cartão de crédito entre outros, mediante expressa solicitação do segurado titular, o qual assumirá a obrigação de pagamento do prêmio.

14.11. **Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela mensal não quita o débito se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.**

14.12. Em casos de cessação de cobertura em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos devidamente atualizados de acordo com a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando *pro rata temporis* o período em que vigorou a cobertura, conforme a tabela de prazo curto especificada a seguir.

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

14.13. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos à atualização monetária a partir da data de recebimento até a data de devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.

14.14. **De acordo com as características do seguro, não estão previstos a devolução ou o resgate de prêmios ao segurado, ao(s) beneficiário(s) ou ao estipulante, pois se trata de regime de repartição simples.**

14.15. **Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à seguradora pelo estipulante nos prazos estabelecidos no item 14.4 ensejará o cancelamento do seguro.**

15. Recálculo e reavaliação do prêmio

15.1. **Recálculo**

O prêmio do seguro será recalculado periodicamente, conforme estabelecido no contrato firmado com o estipulante em função das alterações ocorridas no grupo segurado naquele período. Se ocorrer alteração significativa no grupo segurado que possa influenciar a taxa, a seguradora reserva-se o direito de recalcular e alterar o prêmio mensal antes da data prevista, com prévio aviso ao estipulante e mediante anuência de, ao menos, três quartos do grupo segurado, caso gere ônus ou dever para o segurado.

15.1.1. **Os prêmios poderão ser alterados de acordo com a idade/faixa etária do segurado. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a idade/faixa etária do segurado, incluindo os valores ou percentuais, constará nas condições contratuais e será disponibilizada aos proponentes no momento da adesão ao seguro.**

15.2. **Reavaliação**

As características do seguro, como prêmios, coberturas e limites, serão reavaliadas periodicamente conforme estabelecido no contrato firmado com o estipulante, tomando-se como base a experiência no período anterior, para manter o equilíbrio técnico-atuarial da apólice coletiva. Quando houver necessidade de alteração do prêmio, isso será feito em comum acordo entre as partes.

Caso haja alteração das taxas que gere ônus ou dever para o segurado durante a vigência da apólice coletiva, tal alteração deverá ser realizada por endosso à apólice, e sua efetivação dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

16. Carência

16.1. **Os prazos de carência descritos nas condições especiais de cada cobertura deverão ser observados.**

16.1.1. **Não há prazo de carência para sinistros decorrentes das coberturas de Acidentes Pessoais, exceto em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticado pelo segurado, situação para a qual há carência de 2 (dois) anos ininterruptos contados a partir da vigência inicial do seguro ou após aumento de capital, ou de sua recondução depois de suspenso.**

17. Franquia

17.1. **Se houver franquia estabelecida para determinada cobertura contratada, o seu período será definido nas condições especiais e nas condições contratuais.**

17.2. **Os prazos de franquia descritos nas condições especiais de cada cobertura deverão ser observados.**

18. Cancelamento

18.1. **Cancelamento da apólice**

A apólice mencionada nestas condições contratuais poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias e acordo entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo estipulante, e com anuência prévia e expressa do corretor e dos segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Nesse caso, a seguradora reterá, do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base *pro rata temporis*. Quando houver devolução de prêmio, ela será corrigida pelo índice IPCA/IBGE a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento (se tal solicitação ocorrer por iniciativa do segurado) ou a partir da data do efetivo cancelamento (se ocorrer por iniciativa da seguradora).

18.2. **Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura**

Respeitado o tempo de cobertura proporcional ao prêmio pago, o certificado individual de seguro será cancelado, e as coberturas do seguro cessarão imediatamente:

a) **se o segurado titular solicitar a sua exclusão da apólice;**
b) **ao final do prazo de vigência da apólice coletiva de seguro, se ela não for renovada;**
c) **se, ao final do prazo de vigência do certificado individual, sua renovação for possível, mas não concretizada;**
d) **se a apólice de seguro for cancelada durante a sua vigência, por acordo entre as partes;**
e) **por desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;**
f) **se o estipulante deixar de pagar qualquer parcela do prêmio no prazo estipulado no item 14.4;**

g) **se ocorrer a morte do segurado;**
h) **se o segurado agravar intencionalmente o risco;**
i) **se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos fraudarem ou tentarem fraudar, agirem com dolo ou simulação na contratação do seguro ou durante a sua vigência, para obter ou majorar os valores devidos pela seguradora;**
j) **se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos simularem um sinistro ou ainda agravarem as consequências para obter a indenização ou dificultarem sua elucidação;**
k) **se o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros intencionalmente fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam ter influído na aceitação da proposta ou no valor do prêmio;**
l) **se o estipulante deixar de repassar à seguradora os prêmios pagos pelos segurados, caso seja adotada a modalidade de seguro contributário. Mesmo que os segurados possuam comprovantes desses pagamentos, tal fato constituirá motivo para o cancelamento do seguro, uma vez caracterizada a inadimplência, ficando o estipulante sujeito às cominações legais;**
m) **quando o segurado titular solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio, se cabível;**
n) **quando for pago o total do limite de indenização da apólice ou quando a utilização da respectiva cobertura acarretar exclusão do segurado da apólice, de acordo com seus termos e condições.**

18.3. **Cessação da cobertura para os segurados dependentes**

Além das situações mencionadas anteriormente e de outras previstas nas condições da apólice, a cobertura de cada segurado dependente cessará:

a) **se cancelada a respectiva cobertura suplementar;**
b) **com a exclusão do grupo ou cessação da cobertura do segurado titular;**

c) **no caso de morte do segurado titular;**
d) **quando o segurado dependente for cônjuge ou companheiro do segurado titular, com a separação judicial, de fato ou de corpos, divórcio ou dissolução da união estável; sendo que, quando for o companheiro, cessará também com a solicitação de cancelamento, por escrito, feita pelo segurado titular, ou se, de qualquer outro modo, houver a cessação da condição de dependente;**
e) **no caso de cancelamento do seu registro, quando se tratar de companheiro(a);**
f) **no caso de cessação da condição de dependente, prevista na forma de lei;**
g) **quando o segurado dependente for filho ou dependente do segurado titular, ou filho do companheiro(a) ou do cônjuge do segurado titular, com a cessação de dependência, conforme previsto no regulamento do imposto de renda;**
h) **quando o segurado dependente for filho apenas do cônjuge do segurado titular, com a separação judicial, o divórcio dos cônjuges ou fim da união estável;**
i) **quando o segurado dependente for filho apenas do companheiro(a) do segurado titular, com o cancelamento do registro de dependência da mãe e/ou do pai;**
j) **a pedido do segurado titular, por escrito, na hipótese de inclusão facultativa do segurado dependente;**
k) **a pedido do estipulante por escrito.**

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

19. Procedimento em caso de sinistro

19.1. Ocorrido o sinistro, ele deverá ser comunicado, formalmente, à seguradora, pelo estipulante, pelo segurado ou pelo(s) beneficiário(s) indicado(s), logo que tome(m) conhecimento.

19.2. Quando previsto o pagamento da indenização de um evento coberto por este seguro, a ocorrência do sinistro e todas as circunstâncias a ele relacionadas deverão ser satisfatoriamente comprovadas.

19.2.1. A indenização será paga em parcela única.

19.3. O segurado, por ocasião do acidente pessoal, deverá recorrer imediatamente, às suas custas, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

19.4. Os documentos a seguir relacionados serão mínimos necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada, sem prejuízo do envio dos documentos complementares previstos nas condições especiais:

a) **segurado:** formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante; cópia da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF, cópia da certidão de casamento atualizada e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo);
b) **beneficiário:** formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante; cópia da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF (inclusive para menores de 14 anos), certidão de casamento atualizada (caso de cônjuge), certidão de nascimento (caso de filhos), documentos que comprovem a união estável (em caso de companheiro(a) e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo).

Observações:

1. Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou no impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei.

2. Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou no impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei.

3. Para pessoas com idade inferior a 18 (dezoito) anos sem pai e mãe, a indenização será paga conforme o estabelecido na legislação vigente.

4. Na falta de indicação expressa de beneficiários, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o pagamento da indenização ocorrerá de acordo com legislação em vigor. Nessa situação, além dos documentos indicados anteriormente, enviar declaração de herdeiros conforme modelo fornecido pela seguradora.

19.5. **Os demais documentos relacionados a cada uma das coberturas estão definidos nas condições especiais deste seguro.**

19.6. **As despesas efetuadas com a comprovação do evento e a obtenção dos documentos necessários correrão por conta do(s) solicitante(s), salvo as diretamente realizadas pela seguradora.**

19.7. **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 nos itens 19.4 e 19.5 e nas condições especiais de cada cobertura.**

19.8. Estando de posse da documentação completa solicitada nos itens 19.4 e 19.5 e nas condições especiais de cada cobertura, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para aceitar e efetuar o pagamento da indenização ou recusar o seu pagamento. Se, dentro do prazo mencionado, devido a dúvida fundada e justificável, a seguradora solicitar ao interessado na indenização outros documentos 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.

19.9. O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará a aplicação de juros de mora a partir dessa data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.

19.10. Além da multa anteriormente citada, será acrescida ao valor da indenização a atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE acumulada desde a data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, além de juro de mora de 1% (um por cento) ao mês, em base *pro rata temporis*.

19.10.1. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele índice publicado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação.

19.11. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios ocorrerá independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores da indenização.

19.12. Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

19.13. **Em caso de tentativa do segurado, de seu(s) beneficiário(s) ou do representante legal de um ou de outro de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da seguradora, o respectivo segurado ou beneficiário não fará jus ao recebimento da indenização ora prevista.**

20. Capital segurado – data do evento

20.1. **A caracterização da data do evento será determinada nas condições especiais deste seguro.**

21. Junta médica

21.1. Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

21.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados.

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

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

21.5. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente, não justificando o pedido de junta médica.**

21.6. **Não serão aceitos como peritos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, seus parentes consanguíneos ou afins, ainda que habilitados a exercer a medicina.**

21.7. **Comprovado algum tipo de fraude e/ou questões de conflito de interesse entre o segurado e a composição da junta médica, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais, objetivando o ressarcimento**

de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

22. Diligências da seguradora

22.1. O segurado autoriza, desde já, a seguradora ou terceiros por ela contratados a terem acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder a exames. O assunto será tratado sob sigilo, e os resultados apurados, incluindo laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

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

23. Cláusula beneficiária

23.1. O(s) beneficiário(s) do seguro será(ão) aquele(s) designado(s) pelo segurado em sua proposta de adesão ou em outro documento hábil, podendo ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio segurado, salvo quando o beneficiário for o próprio segurado, dada a natureza da cobertura.

23.2. **Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição de beneficiários, pagará o capital segurado ao antigo beneficiário designado, desobrigando-se do pagamento da respectiva indenização.**

23.3. Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um.

23.4. Quando não houver distribuição quantitativa do valor da indenização, o seguro será dividido em partes iguais entre os beneficiários indicados.

23.5. Na hipótese de morte do(s) beneficiário(s) indicado(s) ocorrer antes da morte do segurado titular ("premoriência"), a parte a ele(s) determinada será paga aos beneficiários determinados pela legislação em vigor.

23.6. Na hipótese de morte simultânea ("comoriência") do segurado titular e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, titular e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência desses ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que for feita, aos beneficiários determinados pela legislação em vigor.

23.7. Na falta de indicação expressa de beneficiários, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que for feita, a indenização será paga metade ao cônjuge/companheiro(a) não separado judicialmente e a outra metade aos herdeiros do segurado, de acordo com a legislação em vigor. Nessa situação, além dos documentos indicados anteriormente, enviar declaração de herdeiros conforme modelo fornecido pela seguradora.

24. Atualização dos valores do seguro

24.1. Os capitais segurados e os prêmios serão atualizados anualmente, no aniversário do certificado individual, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.

24.2. Para os seguros de prazo igual ou inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.

24.3. 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 na área da economia que proíba ou altere os critérios de atualização monetária, o responsável pelo pagamento, o segurado, o(s) beneficiário(s), conforme o caso, e a seguradora ajustam as seguintes disposições, a serem adotadas com vistas a preservar o equilíbrio atuarial do seguro:

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) cessará 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 ao que a respeito deliberar o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente para dispor sobre a matéria.

24.4. Em caso de alteração dos critérios de atualização monetária estabelecidos pela Susep (Superintendência de Seguros Privados) em função de legislação superveniente, fica acordado que as condições previstas neste item serão imediatamente enquadradas às novas disposições.

25. Obrigações do estipulante

São obrigações do estipulante:

a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, conforme estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
b) manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
e) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
f) repassar aos segurados todas as comunicações ou os avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

g) discriminar o nome da seguradora responsável pelo risco nos documentos e nas comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
h) comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando tal comunicação estiver sob sua responsabilidade;
i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
j) comunicar de imediato à Susep quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
k) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante;
m) entregar, assim que receber da seguradora, os certificados individuais aos segurados;
n) manter o seu cadastro permanentemente atualizado na seguradora.

26. Comunicações

26.1. As comunicações do segurado ou estipulante somente serão válidas quando feitas formalmente e devidamente protocoladas na seguradora, podendo ser recepcionadas por meio eletrônico. As comunicações da seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na apólice/certificado individual de seguro.

26.2. As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado ou estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por eles, exceto expressa indicação em contrário da parte do segurado ou estipulante.

27. Foro

27.1. Será competente para dirimir quaisquer pendências ou dúvidas decorrentes da execução deste seguro o foro do domicílio do segurado ou do(s) beneficiário(s), conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto anteriormente.

28. Disposições finais

28.1. O segurado ou o estipulante deverão informar imediatamente à seguradora qualquer mudança de endereço ou alteração nos dados de conta bancária ou cartão de crédito para cobrança de prêmios.

28.2. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

28.3. Os tributos incidirão e serão recolhidos conforme legislação em vigor.

28.4. As condições gerais e especiais deste seguro encontram-se registradas na Susep, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta de adesão, e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

28.5. O registro deste plano na Susep não implica, por parte dessa autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

28.6. 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.

28.7. **Qualquer devolução de prêmio será realizada pela seguradora por meio de cheque não endossável nominativo, crédito em conta bancária ou restituição via cartão de crédito, obrigatoriamente, de titularidade do responsável pelo pagamento, conforme termos e condições deste seguro.**

28.8. Para os casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

28.9. **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.**

29. Glossário de termos técnicos

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nas condições gerais e especiais, incluímos uma relação em ordem alfabética, com os principais termos técnicos empregados nas condições gerais e especiais.

ACIDENTE PESSOAL: é 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:

a) incluem-se nesse conceito:

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

b) excluem-se desse conceito:

I. as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvados infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente coberto;
II. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
III. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, 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;
IV. as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido anteriormente.

ACIDENTES CARDIOVASCULARES: conjunto de doenças que afetam o aparelho cardiovascular, designadamente o coração e os vasos sanguíneos.

ACIDENTES MÉDICOS: ocorrências nas quais ocorrem imprevistos (não intencionais), tais como quebra ou mau funcionamento de dispositivo ou aparelho durante procedimento médico, após implante ou durante o uso; reação anormal causada por medicamentos ou procedimentos médicos ou cirúrgicos.

ANEURISMA: dilatação vascular causada pela fraqueza da parede de uma artéria ou veia, que pode ser congênita ou adquirida.

ALIENAÇÃO MENTAL: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

APÓLICE: documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo estipulante.

APOPLEXIA: cessação brusca e quase completa de todas as funções do cérebro, causada na maioria das vezes por uma hemorragia cerebral, por vezes, por uma embolia ou trombose de uma artéria cerebral; caracteriza-se pela perda súbita da consciência, com persistência da circulação e da respiração.

ATIVIDADE LABORATIVA: qualquer ação ou trabalho que gere renda ao segurado.

AUXÍLIO: ajuda por meio do recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

BENEFICIÁRIO: pessoa física designada pelo segurado ou, na sua ausência, a pessoa determinada por lei para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro coberto.

CAPITAL SEGURADO: importância máxima a ser paga ou reembolsada ao segurado ou beneficiário em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

CARÊNCIA: período contínuo, contado a partir da data de início de vigência do certificado individual de seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao valor da indenização. Esse período não poderá ser superior a 2 (dois) anos, bem como não poderá exceder metade da vigência do seguro.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO: documento emitido pela seguradora e destinado ao segurado, que confirma a aceitação de sua proposta de adesão à apólice coletiva.

CIÁTICA: dor radiante no trajeto do nervo ciático no membro inferior, com alteração motora e sensitiva.

COBERTURAS: obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto previsto nestas condições contratuais.

COMORIÊNCIA: morte de duas ou mais pessoas, ocorrida simultaneamente, sem que se possa, a rigor, determinar qual delas tenha falecido em primeiro lugar.

COMPANHEIRO(A): pessoa com quem o segurado titular mantém união estável, ou seja, convivência pública, contínua e duradoura, com o objetivo de constituir família.

CONSUMPÇÃO: definhamento progressivo e lento do organismo humano causado por doença.

CONTRATO DE SEGURO: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

DECLARAÇÃO MÉDICA: documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o médico assistente do segurado ou outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL: doença sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

DOENÇAS, LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES: sinais, sintomas e/ou as doenças, inclusive as congênitas, e as lesões decorrentes dos acidentes pessoais sofridos pelo segurado, antes de sua adesão à apólice, os quais, embora já fossem de seu conhecimento no momento de sua proposta de adesão, não foram nela declaradas.

DOENÇA NEOPLÁSICA MALIGNA ATIVA: caracterizada pelo crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

DOENÇAS TROPICAIS: na concepção desse seguro são as doenças infecciosas cobertas que ocorrem predominantemente nas regiões tropicais e subtropicais: dengue, chikungunya, zika ou febre amarela.

DOLO: ato consciente pelo qual alguém induz outro a erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

ESTIPULANTE: pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro, investida dos poderes de representação dos segurados nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.

EVENTO COBERTO: acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições contratuais.

FRANQUIA: período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.

FRANQUIA DEDUTÍVEL: é o valor ou percentual que representa a participação obrigatória do segurado nas indenizações em cada sinistro.

GRUPO SEGURÁVEL: conjunto de pessoas, homogêneo em relação a uma ou mais características, com um vínculo concreto a uma pessoa jurídica, bem como seus dependentes.

GRUPO SEGURADO: conjunto de pessoas do grupo segurável efetivamente aceito no seguro e cuja cobertura esteja em vigor.

HÍGIDO: saudável.

HOSPITAL: é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entendem como estabelecimento hospitalar: clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora.

ÍNDICE DE ATUALIZAÇÃO: é o índice de preços adotado para fins de atualização monetária dos valores referentes a este seguro, aplicado de acordo com o disposto nestas condições gerais e contratuais.

INDENIZAÇÃO: valor a ser pago pela seguradora ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: é a data a partir da qual as coberturas são garantidas pela seguradora.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é a internação em hospital por período superior a 24 (vinte e quatro) horas, comprovada por meio de notas fiscais, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico, declaração do hospital onde ocorreu a internação ou qualquer instrumento legal de cobrança.

MÉDICO: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Não serão aceitos como médicos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

PRÊMIO: valor pago à seguradora para que ela assuma os riscos cobertos pelo seguro.

PRESCRIÇÃO: extingue o direito de uma pessoa a exigir de outra uma prestação (ação ou omissão), ou seja, provoca a extinção da pretensão, quando não exercida no prazo definido por lei.

PRO RATA TEMPORIS: é um método de se calcular o prêmio de seguro com base nos dias de vigência da apólice, quando ele for realizado por período inferior a 1 (um) ano e sempre que não cabível o cálculo do prêmio a prazo curto.

PROPONENTE: pessoa física interessada em aderir ao plano coletivo, que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de segurado somente após a sua aceitação pela seguradora, com o devido pagamento do prêmio do seguro.

PROPOSTA DE ADESÃO: documento em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação sob forma coletiva, indica seus beneficiários e manifesta-se pelo conhecimento e pela aceitação do seguro e suas condições.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: documento no qual o estipulante expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as coberturas e os capitais segurados propostos e manifestando pleno conhecimento de seus direitos e de suas obrigações nos termos estabelecidos nestas condições gerais, especiais e contratuais do seguro e sua concordância com eles.

QUADRO CLÍNICO: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

RECIDIVA: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acontecimento.

REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA: incapacidade de o organismo humano responder positivamente ao tratamento instituído.

RELAÇÕES EXISTENCIAIS: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

REPARTIÇÃO SIMPLES: regime financeiro no qual o que se arrecada em prêmios é gasto com sinistros, sem que haja um processo de acumulação de reserva para eventos futuros, não sendo possível a devolução dos prêmios já pagos para a vigência decorrida.

RISCOS EXCLUÍDOS: são os riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais que não são cobertos pelo seguro.

SEGURADOS DEPENDENTES DO SEGURADO TITULAR: cônjuge ou companheiro(a), pais, menores, filhos e enteados até 24 anos ou desde que sejam dependentes do segurado titular, de acordo com a legislação do imposto de renda e/ou Previdência Social, quando incluídos no seguro.

SEGURADO TITULAR: pessoa física que mantém vínculo com o estipulante, cuja proposta de adesão à apólice foi aceita pela seguradora.

SEGURADORA: empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro.

SEGURO CONTRIBUTÁRIO: aquele no qual o segurado participa em parte ou na totalidade do pagamento do prêmio.

SEGURO NÃO CONTRIBUTÁRIO: aquele no qual o pagamento do prêmio é responsabilidade exclusiva do estipulante.

SEQUELA: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

SINISTRO: ocorrência do evento coberto durante o período de vigência da apólice.

VIGÊNCIA: período pelo qual está contratado o seguro, indicado na proposta de contratação, na apólice e no certificado.

VIGÊNCIA INDIVIDUAL: período em que cada segurado terá direito às coberturas contratadas, contado da data de sua adesão ao seguro e constante do certificado individual de seguro.

DOENÇAS TROPICAIS (DT)

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA

1. Definições 41
2. Coberturas 41
3. Carências e franquias 42
4. Riscos excluídos 43
5. Âmbito territorial da cobertura 43
6. Capital segurado 43
7. Cessação da cobertura 43
9. Beneficiários 45
10. Disposições gerais 45

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA

DOENÇAS TROPICAIS (DT)

Estas condições especiais integram o seguro Doenças Tropicais, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem o contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro Doenças Tropicais.

2. Coberturas

A contratação desta cobertura básica e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao segurado, na hipótese de diagnóstico de dengue, chikungunya, zika ou febre amarela, chamadas a partir de então de "doenças tropicais cobertas", o pagamento do capital segurado contratado. Será pago, a título de benefício adicional, um capital segurado de igual valor caso o segurado venha a ser internado em hospital por período superior a 48 (quarenta e oito) horas, em consequência do diagnóstico indenizado de uma das doenças cobertas.

Este seguro admite, a cada vigência de 12 (doze) meses, o pagamento de até 2 (dois) sinistros por diagnóstico, assim como o pagamento do capital segurado adicional em caso de internação em hospital por período superior a 48 (quarenta e oito) horas em decorrência de uma doença coberta indenizada.

Deverão ser observados os riscos excluídos, as carências e franquias além dos demais termos destas condições especiais, das condições gerais, da apólice coletiva e do certificado individual de seguro.

2.1. No momento da contratação do seguro, o proponente deve optar por uma das opções disponíveis a seguir, para as quais será calculado o respectivo prêmio de seguro.

a) Doenças Tropicais Individual: cobertura do segurado.
b) Doenças Tropicais Casal: cobertura do segurado e seu cônjuge/companheiro(a) na forma de dependente.
c) Doenças Tropicais Familiar: cobertura do segurado, seu cônjuge/companheiro(a), pais e filhos/enteados/menores dependentes, limitada a 5 (cinco) integrantes da família na forma de dependentes.

É equiparado ao cônjuge o(a) companheiro(a) do segurado se, ao tempo da contratação, o(a) segurado(a) era separado(a) judicialmente, ou se já se encontrava separado(a) de fato. São equiparados aos filhos os menores dependentes do segurado e os enteados do segurado, desde que devidamente comprovada a filiação do cônjuge ou companheiro(a) do segurado.

Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se ao reembolso das despesas comprovadamente relacionadas ao diagnóstico ou à internação decorrente de uma das doenças tropicais cobertas, cujos custos não estejam cobertos por plano de saúde ou produto correlato, limitado ao capital segurado da cobertura. As despesas devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios.

3. Carências e franquias

3.1. Somente serão garantidos por esta cobertura os eventos cobertos ocorridos a partir de 15 (quinze) dias contados a partir do início de vigência do seguro.

3.1.2. Um eventual segundo sinistro para o mesmo segurado, observado o plano contratado, deverá respeitar uma carência de 60 (sessenta) dias contados a partir da data do primeiro diagnóstico.

3.2. Indenizações por internação em hospital, conforme descrito nestas condições especiais, serão devidas após a franquia de 48 (quarenta e oito) horas de internação.

4. Riscos excluídos

4.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, estão excluídos(as) desta cobertura:**

a) **os eventos decorrentes de doenças similares, bem como suas consequências diretas ou indiretas.**
b) **estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
c) **hospitalizações que não tenham como causa principal uma das doenças cobertas desta cobertura;**
d) **internações hospitalares com prazo inferior a 48 (quarenta e oito) horas;**
e) **internações em estabelecimentos que não atendam aos critérios estabelecidos para caracterização como hospital;**
f) **internação para procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.**

5. Âmbito territorial da cobertura

5.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

6. Capital segurado

6.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido na apólice coletiva e constará no certificado individual de seguro.

6.2. Para fins desta cobertura, caracteriza-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data na qual o segurado é diagnosticado com uma das doenças cobertas.

7. Cessação da cobertura

7.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais.

8. Solicitação de indenização

8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante, pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos na cláusula 19 das condições gerais, e no item 8.3 destas condições especiais.

8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, conforme item 8.3 a seguir, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente requeridos, os documentos 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) laudo médico;
b) identificação dos anticorpos IgM e IgG ou PCR positiva.

8.3.1. Adicionalmente, em caso de internação hospitalar em consequência de uma das doenças cobertas:

a) formulário de relatório médico; mas, no caso de impossibilidade de seu preenchimento, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
b) declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
c) relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

8.4. A indenização será paga ao segurado de forma única e integral.

9. Beneficiários

9.1. O beneficiário é o próprio segurado titular de acordo com o plano contratado.

10. Disposições gerais

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

MORTE ACIDENTAL (MA)

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL

1. Definições 47
2. Coberturas 47
3. Riscos excluídos 47
4. Âmbito territorial da cobertura 48
5. Capital segurado 48
6. Cessação da cobertura 48
7. Solicitação de indenização 49
8. Beneficiários 50
9. Disposições gerais 50

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL
MORTE ACIDENTAL (MA)

Caso contratada esta cobertura adicional, estas condições especiais integram o seguro Doenças Tropicais, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro Doenças Tropicais.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado de Morte Acidental do segurado, em caso de morte decorrente de acidente coberto, ocorrido durante a vigência da apólice. **Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, da apólice coletiva e do certificado individual de seguro.**

3. Riscos excluídos

3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**

a) **acidente vascular cerebral; e**
b) **doenças, quaisquer que sejam as causas, inclusive as profissionais, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvados as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de ferimento visível.**

Estão ainda expressamente excluídos da cobertura os acidentes ocorridos em consequência de:

a) **participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo em prestação de serviço militar ou de atos da humanidade em auxílio a outrem;**
b) **competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos;**
c) **direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal; e**
d) **lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões das condições gerais, especiais e da apólice coletiva.**

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido na apólice coletiva e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, caracteriza-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que provocou a morte do segurado.

6. Cessação da cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:

a) com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e venham a falecer em decorrência do acidente coberto.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 19 das condições gerais e no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente requeridos, os documentos 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) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;
b) cópia da certidão de óbito;
c) cópia do boletim de ocorrência policial completo, se houver registro;
d) cópia do laudo de necropsia expedido pelo Instituto Médico-Legal (IML);
e) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, emitido pelo IML em caso de acidente de trânsito; caso não tenha sido emitido, enviar declaração do órgão competente, informando o motivo da não emissão;
f) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
g) cópia do laudo da perícia técnica, emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
h) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Os beneficiários estão em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23, "Cláusula beneficiária", das condições gerais do seguro.

9. Disposições gerais

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

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL

1. Definições 52
2. Coberturas 52
3. Riscos excluídos 56
4. Âmbito territorial da cobertura 58
5. Capital segurado 58
6. Cessação da cobertura 58
7. Solicitação de indenização 58
8. Beneficiário 59
9. Disposições gerais 60

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

Caso contratada esta cobertura adicional, estas condições especiais integram o seguro Doenças Tropicais, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem o contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro Doenças Tropicais.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento de indenização até o valor do capital segurado contratado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro e que resulte em invalidez permanente total ou parcial do segurado, comprovada por declaração médica. **Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos da apólice coletiva e das condições contratuais.**

Após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a invalidez permanente no momento da alta médica definitiva, a seguradora indenizará de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela descrita a seguir:

Invalidez permanente	Evento	% sobre o capital segurado
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100

Invalidez permanente	Evento	% sobre o capital segurado
Total	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Parcial – diversos	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial – membros superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25

Invalidez permanente	Evento	% sobre o capital segurado
Parcial – membros superiores	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo
Parcial – membros inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um dos fêmures	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada de uma das patelas	20
	Fratura não consolidada de um dos pés	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um dos quadris	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3

Invalidez permanente	Evento	% sobre o capital segurado
Parcial – membros inferiores	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	Indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	de 4 (quatro) centímetros	10
	de 3 (três) centímetros	6
	Menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação da porcentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada na base das porcentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

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

Quando o mesmo acidente pessoal provocar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as respectivas porcentagens, cujo total não pode exceder 100% (cem por cento) do capital segurado para esta cobertura.

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder o percentual da indenização previsto para a perda total de tal membro ou órgão.

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão que já apresentava problemas/perda em suas funções antes do acidente pessoal deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

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

Se, depois que a indenização por invalidez permanente total por acidente pessoal for paga, ocorrer a morte do segurado ou nova caracterização de invalidez em consequência do mesmo acidente, a importância já indenizada será deduzida da indenização a ser paga.

A invalidez permanente deve ser comprovada por meio de declaração médica apresentada à seguradora. **Não será aceita a aposentadoria por invalidez concedida por instituição oficial de previdência ou assemelhados como caracterização por si só do estado de invalidez permanente.**

A seguradora se reserva ao direito de submeter o segurado a exames médicos ou a outros exames complementares realizados por profissionais de sua indicação para comprovar o seu caráter permanente, sua extensão e seu grau de invalidez.

Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor a constituição de junta médica, nos termos da cláusula 21, "Junta médica", das condições gerais da apólice.

O pagamento do capital referente a essa cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

3. Riscos excluídos

3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**

a) **doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou lesão por esforço repetitivo (LER), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**
b) **a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente;**
c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER, DORT, LTC ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
d) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal, definido nas condições gerais.**

Estão ainda expressamente excluídos desta cobertura os acidentes pessoais ocorridos em consequência de:

a) **participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;**
b) **competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves ou veículos náuticos;**
c) **direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;**
d) **lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões da apólice coletiva e das condições contratuais.**

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura será válida somente para o diagnóstico da invalidez cujo laudo ou declaração médica tenha sido emitido em território brasileiro, mesmo que o evento causador tenha ocorrido em território estrangeiro.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido na apólice coletiva e nas condições contratuais do seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, caracteriza-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto que provocou a invalidez permanente do segurado.

6. Cessação da cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:

a) com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e venham a ficar permanente inválidos, como consequência direta do acidente pessoal coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta cobertura.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante, pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 19 das condições gerais e no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, conforme item 7.3 a seguir e observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente requeridos, os documentos 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 relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado, ou, na impossibilidade de preenchimento dele, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
b) cópia do boletim de ocorrência policial, quando houver registro;
c) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
d) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, se realizados;
e) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
f) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
g) cópia do boletim hospitalar referente ao primeiro atendimento (data do acidente);
h) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

7.4. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiário

8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal, no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado

falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com o item 23, "Cláusula beneficiária".

9. Disposições gerais

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

DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR – ACIDENTE PESSOAL/DOENÇA (DIHA)

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL

1. Definições 62
2. Coberturas 62
3. Riscos excluídos 63
4. Âmbito territorial da cobertura 64
5. Capital segurado 64
6. Cessação da cobertura 64
7. Solicitação de indenização 64
8. Beneficiários 65
9. Disposições gerais 66

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL

DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – ACIDENTE PESSOAL/ DOENÇA (DIH)

Caso contratada esta cobertura adicional, estas condições especiais integram o seguro Doenças Tropicais, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem o contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro Doenças Tropicais, além dos termos a seguir.

DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é o valor definido nas condições contratuais do seguro, indenizável em caso de ocorrência comprovada de sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao segurado o pagamento do capital contratado proporcional ao período de internação do segurado, conforme definido na apólice para esta cobertura, por dia de internação hospitalar causada por doença (**exceto as doenças amparadas pela cobertura de Doenças Tropicais**), ou acidente pessoal coberto e ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos, o período de franquia e demais termos da apólice coletiva e condições contratuais do seguro.

2.2. A indenização a que o segurado terá direito corresponderá ao **máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento.**

2.3. Para fins de caracterização da cobertura, a internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação

de alta do paciente, observados os limites estabelecidos na apólice coletiva e nas condições contratuais do seguro.

2.4. **O limite de diárias e o período de carência, que não poderá ultrapassar 15 (quinze) dias contados da data do evento, estabelecidos para esta cobertura serão fixados na apólice coletiva e nas condições contratuais do seguro.**

2.5. **Indenizações por internação em hospital conforme descrito nestas condições especiais serão devidas após a franquia de 48 (quarenta e oito) horas de internação.**

3. Riscos excluídos

3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**

a) **estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
b) **hospitalizações para implantação de aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**
c) **procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
d) **hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e/ou com cirrose hepática;**
e) **hospitalizações para proceder à realização de cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
f) **epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;**
g) **hospitalizações decorrentes de doenças tropicais cobertas.**

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. A cobertura será válida somente para internação hospitalar em território brasileiro, mesmo que o evento causador da doença ou do acidente pessoal tenha ocorrido em território estrangeiro.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido na forma de diárias, independentemente das despesas efetuadas, e constará na apólice coletiva e nas condições contratuais do seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, caracteriza-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:

a) a data do acidente pessoal coberto que gerou a internação hospitalar.
b) o primeiro dia de hospitalização com o diagnóstico da doença.

6. Cessação da cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:

a) quando o segurado obtiver alta médica; e
b) quando forem pagas todas as diárias contratadas para a hipótese de internação.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante, pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 19 das condições gerais e no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente requeridos, os documentos 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 relatório médico; na impossibilidade de seu preenchimento, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
b) declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
c) notas fiscais originais e/ou cópia simples referentes às despesas com a internação;
d) relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
e) cópia da carteira nacional de habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o segurado seja o condutor do veículo acidentado);
f) cópia do boletim de ocorrência policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
g) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada tomador da despesa.

7.4. A indenização será paga ao tomador das despesas de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Para efeito deste seguro, as diárias serão pagas após a alta médica do segurado e apresentação dos documentos originais e informações solicitados no item 7 desta cobertura, assim como nas condições gerais do seguro de Doenças Tropicais.

8.2. Uma pessoa jurídica só poderá receber os valores previstos nesta cobertura se comprovado o seu legítimo interesse para o recebimento da indenização.

9. Disposições gerais

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

DOENÇAS GRAVES (DG)

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL

1. Definições 68
2. Coberturas 69
3. Riscos excluídos 69
4. Âmbito territorial da cobertura 69
5. Capital segurado 70
6. Cessação da cobertura 70
7. Solicitação de indenização 70
8. Beneficiários 71
9. Disposições gerais 72

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL
DOENÇAS GRAVES (DG)

Caso contratada esta cobertura adicional, estas condições especiais integram o seguro Doenças Tropicais, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem o contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro Doenças Tropicais. Para fins desta cobertura, são consideradas doenças graves:

a) **câncer metastático:** designação genérica de tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células malignas no corpo humano e seu aparecimento em outros locais do organismo diferentes do sítio primário;
b) **infarto agudo do miocárdio (IAM):** advento repentino de morte de parte do músculo cardíaco, como resultado de suprimento inadequado de sangue. O diagnóstico deve ser baseado em uma história clínica de dor típica no peito, mudanças eletrocardiográficas compatíveis com IAM e elevação de enzimas específicas e a morte propriamente dita do músculo cardíaco, comprovada por exames ecocardiográficos;
c) **acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame:** distúrbio vascular cerebral que produz sequelas neurológicas, caracterizadas como definitivas, após 6 (seis) meses da data de sua ocorrência. O acidente vascular cerebral deve ter sido identificado por meio de avaliação clínica e neurológica e de exames por imagem;
d) **falência renal ou insuficiência renal crônica:** doença renal em estágio terminal decorrente de qualquer causa, estando o segurado se submetendo à diálise peritoneal ou a hemodiálises regulares;
e) **transplante de órgão vital:** recepção de transplante de coração, fígado, pâncreas ou medula óssea. O diagnóstico e a recomendação para o transplante terão que ser feitos, obrigatoriamente, por no mínimo dois especialistas reconhecidos pela seguradora;
f) **perda de 80% ou mais de visão bilateralmente;**

g) **doença de Alzheimer:** doença caracterizada por demência (problema de memória, perda de habilidades motoras — como vestir-se, cozinhar, dirigir carro, lidar com dinheiro —, problemas de comportamento, confusão mental, agressividade e não reconhecimento dos próprios familiares);

h) **esclerose múltipla:** doença neurológica cujo diagnóstico é comprovado por exame clínico e neurológico e exames subsidiários.

i) **doença de Parkinson:** doença neurológica cujo diagnóstico é comprovado por exame clínico e neurológico e exames subsidiários.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento do capital segurado contratado, em caso de diagnóstico de alguma das doenças definidas no item 1.1, ocorrido durante a vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

O segurado deve comunicar à seguradora tão logo tome conhecimento do diagnóstico de alguma das doenças definidas anteriormente, ocorrido durante a vigência da apólice.

3. Riscos excluídos

3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**

a) **epidemias e pandemias declaradas por órgão competente.**

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura será válida somente para o diagnóstico da doença grave cujo laudo ou declaração médica tenha sido emitido em território brasileiro, mesmo que o evento causador tenha ocorrido em território estrangeiro.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido na apólice coletiva e constará nas condições contratuais do seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, caracteriza-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:

a) a data do diagnóstico médico consignado por médico que esteja assistindo o segurado ou, na ausência dele, por profissional médico que já lhe tenha prestado algum atendimento ou, ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Cessação da cobertura

6.1. **À cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais.**

6.2. **A cobertura cessa com o pagamento do capital segurado referente a uma das doenças graves previstas na apólice coletiva, não havendo, assim, acumulação de indenizações por diagnóstico de mais de uma doença grave.**

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante, pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 19 das condições gerais e no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente requeridos, os documentos 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 relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de seu preenchimento, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
c) cópia do prontuário médico em caso de internações hospitalares.

7.4. O segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico do segurado. Caso o segurado se recuse a submeter-se aos exames e/ou avaliações solicitadas pela seguradora, tal fato acarretará a perda do direito à indenização.

7.5. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital individual segurado.

7.6. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com o item 23, "Cláusula beneficiária".

9. Disposições gerais

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

INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE (IAC)

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR

1. Definições 74
2. Coberturas 74
3. Riscos excluídos 75
4. Âmbito territorial da cobertura 75
5. Capital segurado 75
6. Cessação da cobertura 75
7. Solicitação de indenização 76
8. Beneficiários 76
9. Cancelamento da cobertura desta cláusula suplementar 77
10. Disposições gerais 77

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR
INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE (IAC)

Caso contratado o plano Casal ou Familiar, estas condições especiais integram o seguro Doenças Tropicais, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem o contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro Doenças Tropicais.

2. Coberturas

2.1. A contratação do plano Casal ou Familiar enseja o pagamento do capital segurado contratado ao segurado titular, no caso do segurado dependente ser diagnosticado ou internado por período superior a 48 (quarenta e oito) horas com ao menos uma das doenças tropicais cobertas durante a vigência da apólice. **Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais e das condições contratuais do seguro.**

2.2. Serão incluídos automaticamente, nas coberturas definidas nesta cláusula, os cônjuges dos segurados titulares que atendam às condições de aceitação para ingresso no seguro e as demais elencadas na respectiva cláusula. O capital segurado será fixado em percentual não excedente a 100% do capital da cobertura de Doenças Tropicais do segurado titular, o qual é considerado o beneficiário do cônjuge.

2.3. A forma de contratação desta cobertura será determinada na apólice coletiva e nas condições contratuais.

2.4. Equiparam-se ao cônjuge o(a) companheiro(a) do segurado titular, desde que efetivamente comprovada a união estável.

2.5. Para efeito desta cobertura, a indenização correspondente ao diagnóstico de ao menos uma das doenças tropicais cobertas será paga diretamente ao segurado titular.

2.6. As garantias para o cônjuge e/ou companheiro(a), incluído(a) conforme esta cláusula suplementar, somente poderão ser contratadas se também previstas para o segurado titular, do qual o cônjuge e/ou companheiro(a) é segurado dependente.

2.7. As garantias contratadas por esta cláusula suplementar não se aplicam ao cônjuge e/ou companheiro(a) que tenha sido aceito(a) como segurado titular no seguro.

2.8. **Para todos os efeitos legais, o(a) companheiro(a) do segurado titular deve ser devidamente reconhecido na forma da lei.**

3. Riscos excluídos

3.1. **Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.**

3.2. **Deverão ser observados os riscos excluídos da cobertura de Doenças Tropicais, caso contratada.**

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido na apólice coletiva e nas condições contratuais do seguro.

6. Cessação da cobertura

6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais.

6.2. Além das hipóteses previstas na cláusula 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem essas condições especiais cessa ainda com o cancelamento da cobertura suplementar de inclusão de cônjuge.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante, pelo segurado ou por seu representante legal, conforme o caso, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 19 das condições gerais, item 8 das condições especiais da cobertura básica de diagnóstico de Doenças Tropicais e item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados na cobertura principal, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente requeridos, os documentos 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) cópia da certidão de casamento atualizada ou documento correspondente em caso de companheiro(a);
b) formulário de autorização para crédito em conta do segurado titular, devidamente preenchido e assinado.

8. Beneficiários

8.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o segurado titular, no caso de diagnóstico ou internação hospitalar por período superior a 48 (quarenta e oito) horas, decorrente de uma das doenças tropicais cobertas, podendo a quitação ser dada por seus representantes legais, no caso de sua impossibilidade.

8.2. Na eventualidade de o segurado titular falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a legislação em vigor.

9. Cancelamento da cobertura desta cláusula suplementar

9.1. A cobertura desta cláusula suplementar será obrigatoriamente cancelada nas seguintes situações:

a) quando ocorrer qualquer uma das situações previstas nas condições gerais para cancelamento ou não renovação da apólice, ou de cessação da cobertura de qualquer segurado;
b) no caso de o segurado titular ser excluído da apólice;
c) no caso de morte do segurado titular;
d) no caso de separação judicial ou divórcio;
e) no caso de desconstituição de união estável, quando se tratar de companheiro(a);
f) por solicitação do segurado titular;
g) por solicitação do estipulante por escrito; e
h) quando for cancelada a cláusula suplementar de inclusão automática de cônjuge/companheiro.

10. Disposições gerais

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

INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS (IAF)

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR

1. Definições 79
2. Coberturas 79
3. Riscos excluídos 80
4. Âmbito territorial da cobertura 80
5. Capital segurado 81
6. Cessação da cobertura 81
7. Solicitação de indenização 81
8. Beneficiários 82
9. Cancelamento da cobertura desta cláusula suplementar 82
10. Disposições gerais 83

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR
INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS (IAF)

Caso contratado o plano Familiar, estas condições especiais integram o seguro Doenças Tropicais, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem o contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro Doenças Tropicais.

2. Coberturas

2.1. A contratação do plano Familiar enseja o pagamento do capital segurado contratado ao segurado titular, no caso de o segurado dependente ser diagnosticado ou internado por período superior a 48 (quarenta e oito) horas com ao menos uma das doenças tropicais cobertas durante a vigência da apólice. **Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais e das condições contratuais do seguro.**

2.2. **Serão incluídos automaticamente, nas coberturas definidas nesta cláusula, os menores, filhos e enteados até 24 anos ou que sejam dependentes do segurado titular, de acordo com a legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, desde que atendam às condições de aceitação para ingresso no seguro e as demais elencadas na respectiva cláusula. O capital segurado será fixado em percentual não excedente a 100% do capital da cobertura de Doenças Tropicais cobertas do correspondente segurado titular, o qual é considerado beneficiário do seguro.**

2.3 **Quando ambos os cônjuges forem segurados do grupo segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado titular para efeito desta cobertura.**

2.4. O capital segurado correspondente será estabelecido em percentual não superior a 100% do segurado titular, o qual será o beneficiário do seguro.

2.5. A forma de contratação desta cobertura será determinada na apólice coletiva e nas condições contratuais.

2.6. Esta cláusula suplementar deve ser contratada expressamente pelo segurado titular. Tal contratação só poderá ser feita com a inclusão automática de todos os filhos do segurado titular, enquadrados como segurados dependentes na definição desta cláusula suplementar.

2.7. As garantias contratadas para o segurado dependente serão aquelas definidas nas condições contratuais e no certificado de seguro.

2.8. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se ao reembolso das despesas comprovadamente relacionadas ao diagnóstico ou à internação decorrente de uma das doenças tropicais cobertas, cujos custos não estejam cobertos por plano de saúde ou produto correlato, limitado ao capital segurado da cobertura. As despesas devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios.

3. Riscos excluídos

3.1. **Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.**

3.2. **Deverão ser observados os riscos excluídos da cobertura Doenças Tropicais, caso contratada.**

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido na apólice coletiva e constará nas condições contratuais do seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, caracteriza-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do óbito do filho do segurado titular.

6. Cessação da cobertura

6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais.

6.2. Além das hipóteses previstas na cláusula 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes" das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem essas condições cessa ainda com o cancelamento da cobertura suplementar de inclusão de filhos.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante, pelo segurado titular ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 19 das condições gerais, item 8 das condições especiais da cobertura básica Doenças Tropicais e 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados na cobertura principal, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente requeridos, o documento a seguir pode ser necessário para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitado, deverá ser encaminhado à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) formulário de autorização para crédito em conta do segurado titular, devidamente preenchido e assinado.

7.4. A indenização será paga ao segurado titular de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o segurado titular, no caso de diagnóstico ou internação hospitalar por período superior a 48 (quarenta e oito) horas decorrente de uma das doenças tropicais cobertas, podendo a quitação ser dada por seus representantes legais, no caso de sua impossibilidade.

8.2. Na eventualidade de o segurado titular falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a legislação em vigor.

9. Cancelamento da cobertura desta cláusula suplementar

9.1. A cobertura desta cláusula suplementar será obrigatoriamente cancelada nas seguintes situações:

a) quando ocorrer qualquer uma das situações previstas nas condições gerais para cancelamento ou não renovação da apólice, ou de cessação da cobertura de qualquer segurado;
b) no caso de o segurado titular ser excluído da apólice;
c) no caso de morte do segurado titular;
d) no caso de cessação da condição de dependente do segurado titular, prevista na forma da lei;
e) por solicitação do segurado titular;
f) por solicitação do estipulante por escrito;
g) quando for cancelada a cláusula suplementar de inclusão de filhos.

10. Disposições gerais

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

INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE PAIS (IAP)

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR

1. Definições 85
2. Coberturas 85
3. Riscos excluídos 86
4. Âmbito territorial da cobertura 86
5. Capital segurado 86
6. Cessação da cobertura 86
7. Solicitação de indenização 87
8. Beneficiários 87
9. Cancelamento da cobertura desta cláusula suplementar 88
10. Disposições gerais 88

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR
INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE PAIS (IAP)

Caso contratado o plano Familiar, estas condições especiais integram o seguro Doenças Tropicais, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem o contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro Doenças Tropicais.

2. Coberturas

2.1. A contratação do plano Familiar enseja o pagamento do capital segurado contratado ao segurado titular, no caso de o segurado dependente ser diagnosticado ou internado por período superior a 48 (quarenta e oito) horas com ao menos uma das doenças tropicais cobertas durante vigência da apólice. **Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.**

2.2. Serão incluídos automaticamente, nas coberturas definidas nesta cláusula, os pais dos segurados titulares que atendam às condições de aceitação para ingresso no seguro e as demais elencadas na respectiva cláusula. O capital segurado será fixado em percentual não excedente a 100% do capital da cobertura de Doenças Tropicais cobertas do correspondente segurado titular, o qual será o beneficiário do seguro.

2.3. A forma de contratação desta cobertura será determinada na apólice coletiva e nas condições contratuais.

2.4. Equiparam-se ao cônjuge o(a) companheiro(a) do segurado titular, desde que efetivamente comprovada a união estável.

2.5. Para efeito desta cobertura, a indenização correspondente às doenças tropicais será paga diretamente ao segurado titular.

2.6. As garantias contratadas por esta cláusula suplementar não se aplicam aos pais que tenham sido aceitos como segurados titulares no seguro.

2.7. **Para todos os efeitos legais, o(s) pai(s) do segurado titular deve(m) ser devidamente reconhecido(s) na forma da lei.**

3. Riscos excluídos

3.1. **Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.**

3.2. **Deverão ser observados os riscos excluídos da cobertura de Doenças Tropicais caso contratada.**

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido na apólice coletiva e nas condições contratuais do seguro.

6. Cessação da cobertura

6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais.

6.2. Além das hipóteses previstas na cláusula 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem essas condições especiais cessa ainda com o cancelamento da cobertura suplementar de inclusão de pais.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante, pelo segurado ou por seu representante legal, conforme o caso, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 19 das condições gerais, item 8 das condições especiais da cobertura básica Doenças Tropicais e item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados na cobertura principal, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente requeridos, o documento a seguir relacionado pode ser necessário para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitado, deverá ser encaminhado à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo titular.

7.4. A indenização será paga ao segurado titular nos casos de Doenças Tropicais de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Para efeito deste seguro, o beneficiário será sempre o segurado titular, no caso de diagnóstico ou internação hospitalar por período superior a 48 (quarenta e oito) horas, decorrente de uma das doenças tropicais cobertas, podendo a quitação ser dada por seus representantes legais no caso de sua impossibilidade.

8.2. Na eventualidade de o segurado titular falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a legislação em vigor.

9. Cancelamento da cobertura desta cláusula suplementar

9.1. A cobertura desta cláusula suplementar será obrigatoriamente cancelada nas seguintes situações:

a) quando ocorrer qualquer das situações previstas nas condições gerais para cancelamento ou não renovação da apólice, ou de cessação da cobertura de qualquer segurado;
b) no caso de o segurado titular ser excluído da apólice;
c) no caso de morte do segurado titular;
d) por solicitação do segurado titular;
e) por solicitação do estipulante, por escrito;
f) quando for cancelada a cláusula suplementar de inclusão automática de pais.

10. Disposições gerais

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

Prudential

www.prudentialdobrasil.com.br

/prudentialdobrasil

/prudentialdobrasil

/company/prudentialdobrasil

Prudential do Brasil

Central de Atendimento
0800 730 0011
Segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, exceto feriados.
(Assistência Funeral 24h)

(+55 11) 4133-6910
Atendimento no exterior
(Assistência Funeral 24h)

Ouvidoria
0800 200 0120

SAC
0800 730 0012
0800 730 0013 (Pessoas com deficiência auditiva e/ou de fala)

Cód3218 V1 Nov20