

Você
nunca
está
sozinho.



Condições Gerais

Seguro de Pessoas Individual
Reenquadramento por idade

,too
seguros

Bem-vindo à Too Seguros

O nosso desejo é garantir que você conheça tudo sobre este seguro, inclusive os direitos e obrigações, assim reserve alguns minutos para ler e conhecer todas as vantagens que ele oferece.



Central de Atendimento via Telefone e Chat

0800 775 9191

tooseguros.com.br/fale-conosco

2ª via de documentos, cancelamentos, informações sobre apólices ou acionamento do seguro

Dias úteis | das 8h às 20h

Too Seguros S.A.

CNPJ: 33.245.762/0001-07 | Registro SUSEP: 665-3 | Av. Paulista, 1374 | Bela Vista | São Paulo | SP
SAC 24h 0800 776 2252 | 0800 776 2253 - Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou dificuldade de fala

Ouvidoria 0800 776 2254 - Exclusivo para casos não atendidos ou respostas insatisfatórias.
Dias úteis | das 9h às 18h (horário de São Paulo/SP)

Processo SUSEP Nº 15414.611216/2021-43
(condições gerais Seguro Pessoas Individual – Apólice com reenquadramento por idade)
Versão maio/2021

Índice

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	5
2. RISCOS COBERTOS.....	5
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	5
4. VALOR SEGURADO CONTRATADO (CAPITAL SEGURADO).....	6
5. CARÊNCIA E FRANQUIA	7
6. CONTRATAÇÃO DO SEGURO.....	7
7. VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO DA APÓLICE E RENOVAÇÃO DO SEGURO	8
8. ATUALIZAÇÃO DO VALOR DO PRÊMIO POR IDADE	8
9. ATUALIZAÇÃO DO VALOR SEGURADO E PRÊMIOS	9
10. PAGAMENTO DE PRÊMIO	9
11. CANCELAMENTO DO SEGURO	10
12. PERDA DE DIREITOS	10
13. BENEFICIÁRIOS.....	11
14. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	11
15. PERÍCIA DA SEGURADORA.....	12
16. FORO.....	12
17. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	12
18. PRESCRIÇÃO.....	12
19. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	12
20. DEFINIÇÕES.....	13
MORTE.....	17
FUNERAL INDIVIDUAL POR MORTE	20
CESTA BÁSICA (AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO)	22
DESPESAS DIVERSAS EM DECORRÊNCIA DA MORTE DO SEGURADO	25
MORTE ACIDENTAL.....	28
MORTE ACIDENTAL EM ACIDENTE AÉREO.....	31
MORTE ACIDENTAL EM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	34
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.....	37
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	44
DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA (DIH)	47
DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE	51
DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (DIT)	54
DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS.....	57
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	60
DOENÇAS GRAVES	67
TRANSPLANTE DE ORGÃOS.....	73
ANTECIPAÇÃO DE MORTE EM CASO DE DOENÇA EM FASE TERMINAL.....	75

PERDA DE EMPREGO (DESEMPREGO DE FUNCIONÁRIOS CLT)	77
PERDA DE RENDA (PROFISSIONAIS LIBERAIS E AUTÔNOMOS) POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA	79
QUEBRA DE OSSOS	82

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO DE PESSOAS INDIVIDUAL REENQUADRAMENTO POR IDADE

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento do valor segurado, observado o limite contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, desde que respeitadas as Condições Contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles expressamente convencionados nas Condições Especiais das coberturas listadas no item 2.2., que tenham sido efetivamente contratadas pelo Segurado e ratificadas nas Condições Contratuais, com a indicação dos respectivos valores segurados.
- 2.2. Este seguro não possui cobertura básica, podendo ser comercializado com a composição de quaisquer das seguintes coberturas:
- a) Morte;
 - b) Funeral por Morte;
 - c) Cesta Básica (auxílio alimentação);
 - d) Despesas Diversas em decorrência da Morte do Segurado;
 - e) Morte Acidental;
 - f) Morte Acidental em Acidente Aéreo;
 - g) Morte Acidental em Acidente Automobilístico;
 - h) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
 - i) Invalidez Permanente Total por Acidente;
 - j) Diária por Internação Hospitalar decorrente de acidente ou doença (DIH);
 - k) Diária por Internação Hospitalar decorrente de acidente (DIH-Acidente);
 - l) Diária por Incapacidade Temporária;
 - m) Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas;
 - n) Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença;
 - o) Doenças Graves;
 - p) Transplante de Órgãos;
 - q) Antecipação de Morte em caso de Doença em Fase Terminal;
 - r) Desemprego (CLT);
 - s) Perda de Renda (profissionais liberais e autônomos);
 - t) Quebra de Ossos.
- 2.3. Das coberturas descritas, as seguintes não poderão ser contratadas simultaneamente:
- a) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente Total por Acidente;
 - b) Diária por Internação Hospitalar decorrente de acidente ou doença (DIH) e Diária por Internação Hospitalar decorrente de acidente (DIH-Acidente).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão expressamente excluídos **de todas as coberturas deste seguro** os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência:
- a) **Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**

- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se forem resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
- c) De ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- d) De danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro, ou, ainda, pelos sócios controladores, dirigentes, administradores;
- e) De automutilações e lesões auto infligidas ocorridas durante os primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso;
- f) Do suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência ou de sua recondução depois de suspenso;
- g) De inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;
- h) De intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) De epidemias e pandemias, desde que declaradas pelo órgão competente no momento do evento, incluindo covid-19, gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;
- j) De dolo do segurado, exceto quando o dano tenha sido produzido para evitar um mal maior;
- k) Da participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade;
- l) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem, exceto quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;
- m) De envenenamento em caráter coletivo;
- n) De dano moral, entendido como toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo, em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico;
- o) De sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios; e
- p) doença preexistente, sendo considerada a doença de conhecimento do segurado e não declarada na contratação.

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO (CAPITAL SEGURADO)

- 4.1. O valor segurado é o valor máximo a ser pago ou reembolsado pela Seguradora para cada cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto.

- 4.2. A data do evento a ser considerada para determinação do valor segurado vigente na data do sinistro está estabelecida nas Condições Especiais das respectivas coberturas.
- 4.3. A anuência, pela seguradora, de estabelecimento de valor segurado superior ao respectivo limite de retenção, acarretará a observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 5.1. A existência de carência e/ou franquia será estabelecida nas Condições Especiais das coberturas contratadas.
- 5.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura, ou do aumento do valor segurado, na parte que se refere a esse aumento, ou da recondução do seguro, se suspenso, sendo estabelecido nas Condições Especiais das coberturas contratadas.
- 5.3. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais em quaisquer das coberturas contratadas, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa**, quando o período de carência corresponderá a dois anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura, ou do aumento do valor segurado, na parte que se refere a esse aumento, ou de sua recondução depois de suspenso.
- 5.4. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência da cobertura.
- 5.5. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

6. CONTRATAÇÃO DO SEGURO

- 6.1. São partes contratantes deste seguro a Seguradora (TOO SEGUROS S.A.) e o Segurado.
- 6.2. A contratação ou alteração do seguro será feita mediante aceitação da proposta de contratação, podendo ser esta proposta mediante solicitação verbal do interessado, desde que realizada de modo claro, cuja comprovação caberá à seguradora.
- 6.3. Equipara-se à solicitação verbal do interessado, a manifestação do proponente efetuada com a utilização de meios remotos, por exemplo, por meio de ligação telefônica.
- 6.4. Na proposta de adesão ao seguro, o proponente declara ter lido e estar de acordo com a íntegra das Condições Gerais e do contrato do seguro.
- 6.5. A aceitação ocorrerá no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da proposta de contratação pela seguradora. Caso seja solicitado algum documento ou exame complementar, esse prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação na seguradora. A solicitação de documentos complementares para análise da aceitação poderá ser feita apenas uma vez durante o referido prazo.
- 6.6. A sociedade seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa.
- 6.7. A contratação e aceitação do seguro será caracterizada pela emissão da apólice individual, em seu nome, com a indicação das coberturas contratadas,

do início de vigência, do período de cobertura e das demais informações pertinentes ao seu seguro.

- 6.8. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor à Seguradora para pagamento parcial ou total do seguro, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta e a data da formalização da recusa, sendo o valor do adiantamento devido no momento dessa formalização e devendo ser restituído ao proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela o valor proporcional (pro rata temporis) correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
- 6.9. No caso de menores de 14 anos, é permitido, exclusivamente, a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.
- 6.10. A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

7. VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO DA APÓLICE E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. A apólice é emitida pelo prazo determinado e a renovação do seguro poderá ser realizada automaticamente, por igual período, uma única vez, salvo se a Seguradora ou o segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar, por escrito, o desinteresse pela renovação.
- 7.2. As apólices e os endossos terão seu início e término de vigência às 24h das datas para tal fim neles indicadas.
- 7.3. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do seguro.
- 7.4. **Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora à faculdade de não renovar o seguro na data de vencimento, sem devolução dos valores pagos à seguradora nos termos da apólice.**
- 7.5. Com exceção da renovação automática, as demais renovações ocorrerão se acordado pelas partes. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar o seguro, deverá comunicar sua decisão ao segurado mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

8. ATUALIZAÇÃO DO VALOR DO PRÊMIO POR IDADE

- 8.1. O valor do prêmio sofrerá acréscimo, anualmente, em decorrência da mudança de idade do segurado.
- 8.2. O reajuste será efetuado anualmente imediatamente no mês em que ocorrer a renovação do seguro.
- 8.3. Será efetuado o reajuste, conforme tabela a seguir, considerando o percentual da nova idade do segurado, aplicado sobre a taxa vigente na renovação do seguro:

Idade	% Reajuste
20	3,5%
21	3,9%
22	4,1%
23	4,5%
24	4,6%
25	4,7%
26	4,6%
27	4,4%

Idade	% Reajuste
44	13,1%
45	13,0%
46	12,5%
47	11,9%
48	11,2%
49	10,5%
50	9,9%
51	9,3%

Idade	% Reajuste
68	10,9%
69	10,9%
70	10,8%
71	10,7%
72	10,5%
73	10,3%
74	10,2%
75	10,1%

28	4,2%	52	8,7%	76	10,1%
29	3,9%	53	8,2%	77	10,1%
30	3,8%	54	7,7%	78	10,1%
31	3,6%	55	7,3%	79	10,1%
32	3,6%	56	6,9%	80	10,1%
33	3,5%	57	6,6%	81	10,1%
34	3,7%	58	6,4%	82	10,1%
35	4,4%	59	6,4%	83	10,0%
36	5,3%	60	6,9%	84	9,8%
37	6,4%	61	7,5%	85	9,5%
38	7,5%	62	8,3%	86	9,0%
39	8,8%	63	9,1%	87	8,6%
40	10,1%	64	9,8%	88	8,1%
41	11,2%	65	10,3%	89	7,7%
42	12,2%	66	10,6%	90	7,5%
43	12,9%	67	10,8%		

- 8.4. O prêmio mensal das coberturas de Morte Acidental, Morte Acidental em Acidente Aéreo, Morte Acidental em Acidente Automobilístico, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total por Acidente não sofrerá reajuste em decorrência da mudança de idade do Segurado.

9. ATUALIZAÇÃO DO VALOR SEGURADO E PRÊMIOS

- 9.1. Os capitais segurados e prêmios poderão ser atualizados anualmente, na data do aniversário do seguro, pela variação do IPCA-IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Será considerada a variação do índice nos 12 meses que antecedem aos três últimos meses do término de vigência da apólice.
- 9.2. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, será considerado para efeito desta cláusula o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas.
- 9.3. Qualquer aumento dos valores segurados implicará em aumento automático dos prêmios, obedecendo à mesma proporção aplicada ao acréscimo.

10. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 10.1. O custeio deste seguro é totalmente contributivo, sendo o segurado responsável pelo pagamento do prêmio.
- 10.2. O prêmio do seguro poderá ser pago sob forma de prêmio único, à vista, fracionado ou em parcelas mensais durante o período de vigência da apólice, porém a última parcela não poderá exceder ao término de vigência do seguro.
- 10.3. Caso a data estabelecida para pagamento da parcela corresponder a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento de tal parcela poderá ser realizado no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de coberturas.

- 10.4. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Segurado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.
- 10.5. O não pagamento dos valores por parte do Segurado nos prazos estipulados acarretará a suspensão das coberturas deste seguro a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de vencimento do prêmio não pago e, em caso de sinistro, o Segurado e seus Beneficiários perderão o direito às garantias do seguro. As coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia em que o pagamento do prêmio for retomado, desde que não superior a 30 (trinta) dias contados a partir da data de vencimento do primeiro prêmio não pago.
- 10.6. O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se refere.
- 10.7. Para os seguros cujo pagamento tenha sido realizado sob a forma de prêmio único, haverá devolução de prêmio nas situações a seguir, sendo que:
- I. Na hipótese de cancelamento do seguro por iniciativa do Segurado, a Seguradora reterá do prêmio recebido, no máximo, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “*pro rata temporis*”.
 - II. No caso de suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial da apólice, será devolvido o prêmio pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.
- 10.8. **É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.**

11. CANCELAMENTO DO SEGURO

- 11.1. Fica automaticamente cancelada a apólice de seguro:
- a) Quando qualquer fatura referente ao prêmio de seguro não for paga em até 30 (trinta) dias a contar do seu vencimento. O seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações, desde a data do inadimplemento, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.
 - b) A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo segurado.
 - c) Quando o Segurado, seus representantes legais ou seus beneficiários agirem com dolo, e/ou praticarem fraude ou simulação, para obter ou aumentar a indenização, hipótese em que perderão o direito à restituição do prêmio.
 - d) Na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas nas Condições Gerais, Especiais e/ou Proposta de Adesão ao presente seguro.
 - e) Com a liquidação do sinistro, nos casos de Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença do Segurado, Doenças Graves, e, ainda, quando o segurado se encontrar com doença em fase terminal, de acordo com as condições gerais e especiais contratadas.

12. PERDA DE DIREITOS

O Segurado ou seus beneficiários perderão o direito a qualquer indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos:

- 12.1. Pelo não cumprimento das obrigações definidas nas Condições Contratuais;
- 12.2. Pela utilização de declarações falsas, simulação de acidente e/ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;
- 12.3. Se houver fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas doenças ou falsas data de início de doenças;
- 12.4. Em caso de tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou atividade da Seguradora na elucidação do evento coberto;
- 12.5. Pela solicitação de exclusão do seguro feita pelo Segurado;
- 12.6. Por dolo, prática de fraude, simulação e/ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) beneficiário(s) para obter ou aumentar seu valor segurado; e
- 12.7. Pelo agravamento intencional do risco.
- 12.8. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo e qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- 12.9. A Seguradora, desde que o faça-nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, devidamente protocolada com data e hora, poderá dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 12.10. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

13. BENEFICIÁRIOS

- 13.1. Os Beneficiários das coberturas contratadas neste seguro serão designados nas Condições Especiais das coberturas contratadas.
- 13.2. Na falta de indicação expressa de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

14. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 14.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado ou o Beneficiário, conforme o caso, deverão comunicar à Seguradora e enviar os documentos mínimos para sua análise e regulação ("Documentação Básica"), definidos nas Condições Especiais de cada cobertura.
- 14.2. A partir da entrega de toda a "Documentação Básica" exigida, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para análise e liquidação do sinistro.
- 14.3. O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.
- 14.4. Fica facultada à Seguradora em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração dos fatos.
- 14.5. Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação será suspensa e voltará a correr a partir do atendimento da solicitação, após novo registro realizado através de protocolo datado da área de sinistros, indicando que houve a reentrada do processo e que o prazo voltou a correr.
- 14.6. Após caracterizada a cobertura e o evento estando devidamente coberto, tudo em conformidade com as cláusulas especificadas nestas Condição Gerais, a Seguradora fará a liquidação do sinistro efetuando o pagamento.

- 14.7. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias, o valor da indenização será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), desde a data do evento. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 14.8. Todas as despesas efetuadas com a comprovação ou apuração do sinistro e com os documentos de habilitação necessários correrão por conta do segurado ou de seus beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 14.9. Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistro e que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão a cargo da Seguradora.
- 14.10. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constitui ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do valor segurado.

15. PERÍCIA DA SEGURADORA

- 15.1. No caso de qualquer ocorrência prevista, o Segurado autoriza os médicos peritos da Seguradora a terem acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, realizar visita domiciliar ou hospitalar e requerer e/ou solicitar exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, e estarão disponíveis apenas para o Segurado, seu médico e a Seguradora.
- 15.2. Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

16. FORO

- 16.1. Eventuais questões judiciais entre o Segurado e a Seguradora serão processadas e julgadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

17. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 17.1. As coberturas previstas nestas Condições Gerais independem da localização da ocorrência do evento coberto pela apólice, entretanto, o pagamento da indenização se dará apenas no território nacional e em moeda nacional.

18. PRESCRIÇÃO

- 18.1. Os prazos prescricionais, isto é, os prazos para o segurado, seus beneficiários ou seus representantes reclamarem o valor do seguro são aqueles determinados em lei.

19. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 19.1. Estabelece-se para fins de atualização monetária de valores deste seguro, quando aplicável, o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

- 19.1.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, será considerado, para os devidos efeitos, o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas.
- 19.2. Em caso de cessação, voluntária ou compulsória, das operações da Seguradora, durante a vigência da apólice, serão observadas as disposições legais que regem a liquidação das sociedades seguradoras, ficando preservados e garantidos todos os direitos do Segurado e de seu(s) Representante(s) Legal(is), que têm privilégio especial sobre as reservas técnicas ou provisões garantidoras das operações de seguro.
- 19.3. Este plano foi estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, cuja natureza técnica, em vista da ausência de constituição de provisões matemáticas passíveis de serem resgatadas, não possibilita devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.
- 19.4. A propaganda e a promoção do seguro por parte do Corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e a supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais e demais condições contratuais, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.
- 19.5. O registro destas Condições Gerais na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da referida autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização e contratação.
- 19.6. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo e CNPJ ou CPF, conforme o caso.
- 19.7. **As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante na apólice.**

20. DEFINIÇÕES

Acidente pessoal:

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

a) Incluem-se, ainda, nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

b) NÃO se incluem no conceito de acidente pessoal:

- a) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforço Repetitivo (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 suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido neste item.

Apólice: é o documento emitido pela seguradora formalizando as coberturas contratadas e algumas condições contratuais.

Beneficiário: é a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Carência (prazo de carência): é o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do valor segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

Coberturas: são as garantias contratadas pelo Segurado e concedidas pela Seguradora, para pagamento dos eventos indenizáveis estabelecidos nestas Condições Gerais.

Condições contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das Condições Gerais e das Condições Especiais.

Condições gerais: é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

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

Endosso ou aditivo: é o documento emitido pela Seguradora que expressa qualquer alteração de dados e condições de uma apólice durante sua vigência.

Evento coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contratadas pelo segurado.

Formulário de aviso de sinistro: é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

Franquia: período contínuo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura do seguro.

Garantias: são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

IPC-A: Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística /(IBGE).

Indenização: valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou aos seus Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

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

Médico assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que esteja assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

Período de cobertura: aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

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

Proponente: é o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), aderindo ao contrato.

Reabilitação do seguro: é o restabelecimento, dentro do prazo de suspensão, das coberturas contratadas.

Riscos excluídos: são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não estão cobertos pelo seguro.

Segurado: pessoa física ou jurídica que contratou o seguro.

Seguradora: é a **TOO SEGUROS S.A.**, companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

Seguro contributivo: aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcial do seguro.

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

Valor segurado contratado: também conhecido como capital segurado, é o valor máximo para cada cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

Vigência do seguro: é o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

Vigência da cobertura: é o período de validade das coberturas contratadas, para o Segurado.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do valor segurado contratado ao Beneficiário, no caso da morte do segurado, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura é a morte do Segurado, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência da cobertura.

A cobertura de morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com o funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

6.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do segurado, em caso de morte natural comprovada mediante certidão de óbito ou a data do acidente, em caso de morte acidental.

6.3. A indenização por morte, e, se contratadas, por quaisquer das coberturas de invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor segurado por morte.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal
- b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
- c) cópia simples ou número do CPF do segurado

- d) cópia simples da certidão de óbito
- e) cópia simples da certidão de casamento atualizada, emitida após o óbito
- f) certidão de união estável e/ou declaração de convivência conjugal

Em caso de morte natural, enviar também:

- g) relatório médico detalhando diagnóstico e início do tratamento
- h) laudos e exames referentes a patologia que levou o segurado a óbito

Em caso de morte acidental, enviar também:

- i) cópia simples do boletim de ocorrência, caso aplicável
- j) cópia simples do laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (se houver)
- k) cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;

Beneficiários:

- l) cópia simples da proposta de adesão, com designação de beneficiários (se houver)
- m) declaração de herdeiros, com firma reconhecida da assinatura do declarante e das testemunhas ou de forma diversa, caso aceito pelas partes
- n) cópia simples do RG ou CNH de todos os herdeiros do segurado
- o) cópia simples ou número do CPF dos beneficiários
- p) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome de cada um dos herdeiros
- q) dados bancários completos do (s) beneficiário (s) e cópia simples de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- r) autorização de crédito preenchida por todos beneficiários (formulário disponível no site)

No caso de união estável:

- s) enviar declaração de união estável emitida pelo Tabelião de Notas ou sentença reconhecendo a união estável.

Caso não possua os itens indicados na alínea “s” supra **enviar cópia simples de 2 (dois) dos documentos a seguir:**

- t) cópia simples da declaração do imposto de renda e/ou declaração do INSS onde consta o (a) companheiro (a) como dependente
- u) comprovante de recebimento de pensão por morte expedida pelo INSS
- v) comprovante de dependente no convênio médico
- w) tutela e/ou declaração de pátrio poder para beneficiários menores de 18 anos

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

- 8.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro.
- 8.3. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o valor contratado será pago conforme determinado em lei. Na falta das pessoas indicadas neste item, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 8.4. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo da contratação do seguro o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 8.5. Após o pagamento da indenização referente a esta cobertura, o seguro será cancelado.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE FUNERAL INDIVIDUAL POR MORTE

1. OBJETIVO

Garantir a prestação de serviço de assistência funeral ou o reembolso das despesas realizadas com o funeral, até o limite do valor segurado contratado, no caso da morte do Segurado, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

Os riscos cobertos por esta cobertura são referentes à prestação de serviços ou reembolso de despesas relacionadas ao funeral do Segurado, em razão de sua morte por causas naturais ou acidentais.

2.1. A opção por uma das formas de utilização, prestação de serviços de assistência funeral ou reembolso de despesas, inviabiliza o acionamento daquela não utilizada.

2.2. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Caso o Beneficiário opte pela utilização do serviço de assistência funeral, que será prestado apenas em território nacional, a Seguradora oferecerá, através de empresa terceirizada e especializada, a prestação dos serviços cobertos no seguro contratado.

Os serviços passíveis de contratação conforme itens abaixo, estarão disponíveis 24 horas por dia, durante 365 dias do ano, e serão limitados ao valor segurado contratado:

2.2.1. Caixão/Urna; carro para enterro; carro extra; serviço assistencial; registro de óbito; taxa de sepultamento ou cremação; remoção do corpo; paramentos; aparelho de ozona; mesa de condolências; velas; velório; véu; enfeite floral e coroas.

2.2.2. Intermediação para Locação de Jazigo: nos casos em que a família do falecido não dispuser de local para sepultamento, a Seguradora se encarregará das providências prévias (contatos e preparativos) para locação de jazigo, por um período máximo de 3 (três) anos, a contar da data do falecimento. Esta cobertura está sujeita às condições e disponibilidades locais. **Os custos de aquisição, a locação e manutenção do jazigo são de responsabilidade da família do Segurado e/ou procurador do mesmo.**

A prestação dos serviços não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que as demais coberturas serão devidas.

2.3. DESPESAS COBERTAS

Caso seja optado pela realização do reembolso e existam responsáveis pelas despesas com o funeral, estarão cobertas, até o limite do valor segurado contratado, as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação do Segurado, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos. **Não estão cobertas as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo.**

2.3.1. Neste caso, o beneficiário do seguro será aquele que provar que arcou com as despesas do funeral.

2.3.2. Nos casos de reembolso, caberá aos beneficiários a escolha dos prestadores de serviço legalmente habilitados.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões previstas na Cláusula RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os seguintes riscos:

- a) Custos de aquisição do jazigo.
- b) Locação e manutenção do jazigo.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do valor segurado, a data do falecimento em caso de morte natural/doença e a data do acidente que deu origem ao sinistro em caso de morte acidental.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal.
- b) cópia simples do RG ou CNH do segurado;
- c) cópia simples ou número do CPF do segurado;
- d) cópia simples da certidão de óbito;
- e) notas fiscais originais contendo a discriminação dos itens e serviços realizados;
- f) cópia simples do RG ou CNH do responsável pelas despesas;
- g) cópia simples ou número do CPF do responsável pelas despesas;
- h) cópia do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do responsável pelas despesas;
- i) dados bancários completos do (s) beneficiário (s) e cópia simples de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- j) autorização de crédito preenchida por todos beneficiários (formulário disponível no site)

8. BENEFICIÁRIOS

O beneficiário desta cobertura será o responsável pelo pagamento das despesas funerárias cobertas.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE CESTA BÁSICA (AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO)

1. OBJETIVO

Garantir o reembolso das despesas com aquisição de Cesta Básica ao Beneficiário, no caso da morte do Segurado, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura é a morte do Segurado, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência da cobertura.

Serão reembolsadas as despesas com aquisição de produtos de alimentação, limpeza e higiene pessoal, **exceto bebidas alcoólicas**, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais com a discriminação dos produtos adquiridos, até o limite do valor segurado contratado para esta garantia.

Será garantido um reembolso mensal, de acordo com a quantidade de cestas contratadas, conforme definido na apólice, até o valor segurado contratado para esta garantia.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

6.2. O valor segurado desta garantia e a quantidade de cestas cobertas serão definidos na apólice.

6.3. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

6.4. Em caso de morte do beneficiário antes do fim do período de recebimento da indenização por reembolso, as parcelas restantes serão pagas aos seus beneficiários, e que na falta de indicação dos mesmos, deverá ser aplicado o disposto no art. 792 do Código Civil.

7. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

7.1. Em substituição ao reembolso das despesas garantidas por esta cobertura, a Seguradora poderá oferecer através de empresa terceirizada e especializada, a prestação dos serviços de fornecimento de Cestas Básicas, mediante solicitação à Seguradora quando do Aviso de Sinistro:

- 7.2. Na prestação dos serviços oferecidos pela Seguradora, os planos disponíveis poderão ser efetivados através cartão benefício ou itens físicos, sendo que a lista de conteúdo de cada Cesta Básica (quantidade e produtos) será disponibilizada previamente.
- 7.3. Quando optar pela prestação dos serviços oferecidos pela Seguradora, deverá ser observado:
- a) A Seguradora somente providenciará a entrega das Cestas Básicas, após apurada a cobertura técnica desta Cláusula, respeitado os prazos para liquidação de sinistro conforme estabelecido nas Condições Gerais.
 - b) As Cestas serão entregues em intervalos mensais ao Beneficiário.
 - c) As Cestas somente serão entregues no Brasil.
 - d) Caso o Beneficiário identifique qualquer produto na Cesta que esteja quebrado, rasgado, deteriorado ou de qualquer forma inapropriado para o consumo, deverá comunicar imediatamente à Seguradora.
 - e) Os produtos que de qualquer forma se apresentem inapropriados ao consumo serão substituídos no prazo de 72 (setenta e duas) horas para entregas em São Paulo e/ou Grande São Paulo a contar da reclamação do Beneficiário, sendo que, para demais localidades o prazo será tratado caso a caso.
 - f) Não havendo na praça disponibilidade de qualquer produto que conste na composição da Cesta Básica, o insumo será substituído por produto similar de igual utilidade e valor compatível.
 - g) A ocorrência de casos fortuitos ou de força maior, tais como enchentes, greves, ou de outros fatores súbitos e involuntários poderão eventualmente interferir no prazo de entrega da Cesta Básica.
 - h) As Cestas Básicas serão entregues mediante assinatura de contra recibo por parte do Beneficiário indicado.
- 7.4. A prestação dos serviços não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que passem a ser devidas indenizações previstas por outras coberturas indicadas na apólice.

8. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal.
- b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
- c) cópia simples ou número do CPF do segurado
- d) cópia simples da certidão de óbito
- e) notas fiscais originais para comprovação das despesas realizadas com a aquisição das cestas básicas cobertas, caso o beneficiário não tenha optado pela prestação de serviços.

Em caso de morte natural, enviar também:

- f) relatório médico detalhando diagnóstico e início do tratamento, caso aplicável
- g) laudos e exames referentes a patologia que levou o segurado a óbito, caso aplicável

Em caso de morte acidental, enviar também:

- h) cópia simples do boletim de ocorrência, caso aplicável
- i) cópia simples do laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (se houver)
- j) cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;

Beneficiários:

- k) cópia simples do RG ou CNH de todos os beneficiários
- l) cópia simples ou número do CPF dos beneficiários
- m) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome de cada um dos herdeiros
- n) dados bancários completos do (s) beneficiário (s) e cópia simples de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- o) autorização de crédito preenchida por todos beneficiários (formulário disponível no site)

9. BENEFICIÁRIOS

- 9.1. O beneficiário que fará jus ao recebimento da Cesta Básica será aquele indicado pelo Segurado na apólice. Serão observados os termos da legislação civil em vigor, sendo que o Segurado poderá indicar ou alterar o Beneficiário a qualquer tempo, mediante comunicação expressa à Seguradora.
- 9.2. No caso de existir mais de um Beneficiário, terá direito ao recebimento das Cestas Básicas, aquele com maior idade.
- 9.3. Em caso de morte do beneficiário antes do fim do período de recebimento da indenização, as parcelas restantes serão pagas aos herdeiros legais do beneficiário.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS EM DECORRÊNCIA DA MORTE DO SEGURADO

1. OBJETIVO

Garantir o reembolso das despesas, **provenientes da morte do segurado**, ao Beneficiário, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura são as despesas provenientes da morte do Segurado, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência da cobertura.

As despesas a serem reembolsadas deverão ser comprovadas mediante apresentação de nota fiscal original.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula **RISCOS EXCLUÍDOS**, das Condições Gerais deste seguro.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

6.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal.
- b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
- c) cópia simples ou número do CPF do segurado
- d) cópia simples da certidão de óbito
- e) cópia simples da certidão de casamento atualizada, emitida após o óbito
- f) certidão de união estável emitida pelo Tabelião de Notas ou sentença reconhecendo a união estável

Em caso de morte natural, enviar também:

- g) relatório médico detalhando diagnóstico e início do tratamento, caso aplicável
- h) laudos e exames referentes a patologia que levou o segurado a óbito, caso aplicável

Em caso de morte acidental, enviar também:

- i) cópia simples do boletim de ocorrência, caso aplicável
- j) cópia simples do laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (se houver)
- k) cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente

Beneficiários:

- l) cópia simples da proposta de adesão, com designação de beneficiários (se houver)
- m) declaração de herdeiros, com firma reconhecida da assinatura do declarante e das testemunhas ou de forma diversa, caso aceito pelas partes
- n) cópia simples do RG ou CNH de todos os herdeiros do segurado
- o) cópia simples ou número do CPF dos beneficiários
- p) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome de cada um dos herdeiros
- q) dados bancários completos do (s) beneficiário (s) e cópia simples de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- r) autorização de crédito preenchida por todos beneficiários (formulário disponível no site)

No caso de união estável:

- s) enviar declaração de união estável emitida pelo Tabelião de Notas ou sentença reconhecendo a união estável.

Caso não possua os itens indicados na alínea “s” supra, enviar cópia simples de 2 (dois) dos documentos a seguir:

- t) cópia simples da declaração do imposto de renda e/ou declaração do INSS onde consta o (a) companheiro (a) como dependente
- u) comprovante de recebimento de pensão por morte expedida pelo INSS
- v) comprovante de dependente no convênio médico
- w) tutela e/ou declaração de poder familiar para beneficiários menores de 18 anos

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado na apólice, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;
- 8.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 8.3. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o valor segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

Na falta das pessoas indicadas neste item, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

- 8.4. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo da emissão do seguro o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 8.5. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.
- 8.6. Após o pagamento da indenização referente a esta cobertura, o seguro será cancelado.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do valor segurado contratado ao beneficiário, no caso de morte acidental do segurado, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura é a morte do Segurado, decorrente de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência da cobertura.

A cobertura de morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com o funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

6.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.

6.3. A indenização por morte, e, se contratadas, por quaisquer das coberturas de invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor segurado por morte.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal.
- b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
- c) cópia simples ou número do CPF do segurado
- d) cópia simples da certidão de óbito
- e) cópia simples da certidão de casamento atualizada, emitida após o óbito
- f) certidão de união estável e/ou declaração de convivência conjugal

- g) cópia simples do boletim de ocorrência, caso aplicável
- h) cópia simples do laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (se houver)

Beneficiários:

- i) cópia simples da proposta de adesão, com designação de beneficiários (se houver)
- j) declaração de herdeiros, com firma reconhecida da assinatura do declarante e das testemunhas ou de forma diversa, caso aceito pelas partes
- k) cópia simples do RG ou CNH de todos os herdeiros do segurado
- l) cópia simples ou número do CPF dos beneficiários
- m) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome de cada um dos herdeiros
- n) dados bancários completos do (s) beneficiário (s) e cópia simples de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- o) autorização de crédito preenchida por todos beneficiários (formulário disponível no site)

No caso de união estável:

- p) enviar declaração de união estável emitida pelo Tabelião de Notas ou sentença reconhecendo a união estável.

Caso não possua os itens indicados na alínea “p” supra enviar cópia simples de 2 (dois) dos documentos a seguir:

- q) cópia simples da declaração do imposto de renda e/ou declaração do INSS onde consta o (a) companheiro (a) como dependente
- r) comprovante de recebimento de pensão por morte expedida pelo INSS
- s) comprovante de dependente no convênio médico
- t) tutela e/ou declaração de poder familiar para beneficiários menores de 18 anos

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado na apólice, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;
- 8.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o valor contratado será pago conforme determinado em lei. Na falta das pessoas indicadas neste item, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 8.3. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo da emissão do seguro o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 8.4. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

8.5. Após o pagamento da indenização referente a esta cobertura, o seguro será cancelado.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM ACIDENTE AÉREO

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do valor segurado contratado ao beneficiário, no caso de morte acidental do segurado ocorrida em acidente aéreo, observadas as condições contratuais e desde que ocorrido durante a vigência do seguro.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura é a morte do Segurado, decorrente de acidente aéreo durante o período de trânsito como passageiro na aeronave.

A cobertura de Morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com o funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

6.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data do acidente aéreo que deu origem ao sinistro.

6.3. A indenização por Morte, e, se contratadas, por quaisquer das coberturas de invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente, ocorrer a Morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor segurado por morte.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal.
- b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
- c) cópia simples ou número do CPF do segurado
- d) cópia simples da certidão de óbito
- e) cópia simples da certidão de casamento atualizada, emitida após o óbito

- f) certidão de união estável e/ou declaração de convivência conjugal
- g) cópia simples do boletim de ocorrência, caso aplicável
- h) cópia simples do laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (se houver)

Beneficiários:

- i) cópia simples da proposta de adesão, com designação de beneficiários (se houver)
- j) declaração de herdeiros, com firma reconhecida da assinatura do declarante e das testemunhas, ou outro meio aceito pelas partes
- k) cópia simples do RG ou CNH de todos os herdeiros do segurado
- l) cópia simples ou número do CPF dos beneficiários
- m) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome de cada um dos herdeiros
- n) dados bancários completos do (s) beneficiário (s) e cópia simples de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- o) autorização de crédito preenchida por todos beneficiários (formulário disponível no site)

No caso de união estável:

- p) enviar declaração de união estável emitida pelo Tabelião de Notas ou sentença reconhecendo a união estável.

Caso não possua os itens indicados na alínea “p” supra enviar cópia simples de 2 (dois) dos documentos a seguir:

- q) cópia simples da declaração do imposto de renda e/ou declaração do INSS onde consta o (a) companheiro (a) como dependente
- r) comprovante de recebimento de pensão por morte expedida pelo INSS
- s) comprovante de dependente no convênio médico
- t) tutela e/ou declaração de pátrio poder para beneficiários menores de 18 anos

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado na apólice, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;
- 8.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 8.3. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o valor contratado será pago conforme determinado em lei. Na falta das pessoas indicadas neste item, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 8.4. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo da emissão do seguro o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

- 8.5. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.
 - 8.6. **Após o pagamento da indenização referente a esta cobertura, o seguro será cancelado.**
- 9. DISPOSIÇÕES FINAIS**
- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do valor segurado contratado ao beneficiário, no caso de morte acidental do segurado em acidente automobilístico, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura é a morte do Segurado, decorrente de acidente automobilístico, ocorrido durante a vigência da cobertura.

A cobertura de morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com o funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

6.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data do acidente automobilístico que deu origem ao sinistro.

6.3. A indenização por Morte, e, se contratadas, por quaisquer das coberturas de invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente, ocorrer a Morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor segurado por morte.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal.
- b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
- c) cópia simples ou número do CPF do segurado
- d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado

- e) cópia simples da certidão de óbito
- f) cópia simples da certidão de casamento atualizada, emitida após o óbito
- g) certidão de união estável e/ou declaração de convivência conjugal
- h) cópia simples do boletim de ocorrência
- i) cópia simples do laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (se houver)
- j) cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente

Beneficiários:

- k) cópia simples da proposta de adesão, com designação de beneficiários (se houver)
- l) declaração de herdeiros, com firma reconhecida da assinatura do declarante e das testemunhas, ou outro meio aceito pelas partes
- m) cópia simples do RG ou CNH de todos os herdeiros do segurado
- n) cópia simples ou número do CPF dos beneficiários
- o) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome de cada um dos herdeiros
- p) dados bancários completos do (s) beneficiário (s) e cópia simples de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- q) autorização de crédito preenchida por todos beneficiários (formulário disponível no site)

No caso de união estável:

- r) enviar declaração de união estável emitida pelo Tabelião de Notas ou sentença reconhecendo a união estável.

Caso não possua os itens indicados na alínea “r” supra enviar cópia simples de 2 (dois) dos documentos a seguir:

- s) cópia simples da declaração do imposto de renda e/ou declaração do INSS onde consta o (a) companheiro (a) como dependente
- t) comprovante de recebimento de pensão por morte expedida pelo INSS
- u) comprovante de dependente no convênio médico
- v) tutela e/ou declaração de pátrio poder para beneficiários menores de 18 anos

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado na apólice, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.
- 8.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro.
- 8.3. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o valor contratado será pago conforme determinado em lei. Na falta das pessoas indicadas neste item, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

- 8.4. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo da emissão do seguro o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
 - 8.5. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.
 - 8.6. **Após o pagamento da indenização referente a esta cobertura, o seguro será cancelado.**
- 9. DISPOSIÇÕES FINAIS**
- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao Segurado, caso fique permanentemente inválido, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. O risco coberto por esta cobertura é a **invalidéz permanente do Segurado**, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nestas Condições Especiais e nas demais condições contratuais.

2.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, tendo sido constatada e avaliada a invalidéz permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará a indenização, proporcional ao grau de invalidéz, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O VALOR SEGURADO
	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro	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
	Nefrectomia bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSAS	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O VALOR SEGURADO
	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna	25	

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O VALOR SEGURADO
	Perda total de 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-	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	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo		

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS INFERIORES	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O VALOR SEGURADO	
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70	
	Perda total do uso de um dos pés	50	
	Fratura não consolidada de um fêmur	50	
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-	25	
	Fratura não consolidada da rótula	20	
	Fratura não consolidada de um pé	20	
	Anquilose total de um dos joelhos	20	
	Anquilose total de um dos tornozelos	20	
	Anquilose total de um quadril	20	
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25	
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10	
	Amputação de qualquer outro dedo	03	
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalentes 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	06		
- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização			

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

INVALIDEZ PERMANENTE DIVERSAS	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O VALOR SEGURADO
		MANDÍBULA
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	05
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	07
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra	
	Ectrópio unilateral	03
	Ectrópio bilateral	06
	Entrópio unilateral	07
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Má oclusão palpebral bilateral	06
	Ptose palpebral unilateral	05
	Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	08
	Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75

INVALIDEZ PERMANENTE DIVERSAS	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O VALOR SEGURADO	
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR		
	Perda de um testículo	05	
	Perda de dois testículos	15	
	Amputação traumática do pênis	40	
	Perda de um ovário	05	
	Perda de dois ovários	15	
	Perda do útero antes da menopausa	30	
	Perda do útero depois da menopausa	10	
	PESCOÇO		
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15	
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15	
	Traqueostomia definitiva	40	
	Paralisia de uma corda vocal	10	
	Paralisia de duas cordas vocais	30	
	TÓRAX		
	APARELHO RESPIRATÓRIO		
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10	
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total)		
	com função respiratória preservada	15	
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25	
	com redução em grau médio da função respiratória	50	
	com insuficiência respiratória	75	
	MAMAS (FEMININAS)		
Mastectomia unilateral	10		
Mastectomia bilateral	20		
ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)			
Gastrectomia subtotal	20		
Gastrectomia total	40		
INTESTINO DELGADO			
Ressecção parcial	20		
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia	40		
INTESTINO GROSSO			
Colectomia parcial	20		
Colectomia total ou definitiva	40		
RETO E ÂNUS			
Incontinência fecal sem prolapso	30		
Incontinência fecal com prolapso	50		
Retenção anal	10		
FÍGADO			
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10		
Lobectomia com insuficiência hepática	50		
Extirpação da vesícula biliar	07		
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS			
Epilepsia pós-traumática	20		
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20		
Síndrome pós-concussional	05		

- 2.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela 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 percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
- 2.4. Nos casos não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- 2.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).
- 2.6. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.
- 2.7. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 2.8. **A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica, sem prejuízo de exame pericial solicitado e custeado pela Seguradora. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:

- a) Quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) Acidentes médicos;
- c) Exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
- d) Acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações:
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados; ou
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.
- e) Perda de dentes e os danos estéticos; e
- f) Qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquias para esta cobertura.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

- 6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada por sinistro, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
- 6.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 6.3. No caso de invalidez parcial o valor segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
- 6.4. A indenização por invalidez permanente por acidente e morte, se contratada, não se acumulam. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor segurado por morte.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal.
- b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
- c) cópia simples do CPF ou CNH do segurado
- d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado
- e) cópia simples do boletim de ocorrência, se houver
- f) cópia simples de todos os exames e relatórios médicos que estejam relacionados com a lesão / seqüela.
- g) cópia simples do relatório médico contendo data do diagnóstico, evolução do quadro clínico, data da caracterização da invalidez permanente e data da alta médica
- h) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- i) autorização de crédito preenchida pelo segurado (formulário disponível no site)
- j) cópia simples do documento de concessão do benefício previdenciário, se houver

Para os casos onde o segurado necessitou de interdição judicial (curatela), enviar, além dos documentos acima:

- k) cópia simples do RG ou CNH do curador
- l) cópia simples ou número do CPF do curador
- m) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do curador
- n) autorização de pagamento do curador nomeado
- o) cópia autenticada da interdição judicial (curatela)
- p) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do curador (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)

8. JUNTA MÉDICA

- 8.1. A Seguradora reserva-se ao direito de submeter o segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.
- 8.2. Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.
- 8.3. Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados.
- 8.4. Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 8.5. 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.

9. BENEFICIÁRIOS

- 9.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.
Em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao Segurado, caso fique total e permanentemente inválido, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. O risco coberto por esta cobertura é a **invalidéz permanente do Segurado**, relativa à perda ou à impotência funcional definitiva e total, de membros ou órgãos, por lesão física, causada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nestas Condições Especiais e nas demais condições contratuais.

2.2. Para efeito de indenização, consideram-se como Invalidéz Permanente Total por Acidente os eventos relacionados abaixo, mediante comprovação por laudo médico, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e ocorridos durante a vigência do seguro:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os braços;
- c) Perda total do uso de ambas as pernas;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um braço e uma perna;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total incurável; e
- i) Nefrectomia bilateral por acidente.

2.3. **Não ficando abolidas por completo as funções dos membros ou órgãos lesados, a indenização por invalidéz permanente total por acidente não será devida pela Seguradora, independente da percentagem de redução das funções.**

2.4. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidéz pré-existente será percentualmente deduzido para fins de indenização.

2.5. A invalidéz permanente deve ser comprovada através de declaração médica, sem prejuízo de exame pericial solicitado e custeado pela Seguradora. A aposentadoria por invalidéz concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidéz permanente previsto nesta cobertura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:

- a) Quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) Acidentes médicos;

- c) Exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
- d) Acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações:
 - Que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação;
 - Dirigidas por pilotos não legalmente habilitados; ou
 - Que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.
- e) Perda de dentes e os danos estéticos; e
- f) Qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

Esta garantia não cobre situações de invalidez sofridas pelo segurado diferentes das discriminadas no item 2.2 destas Condições Especiais, qualquer que seja o grau e ainda que decorrente de acidente.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

- 6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada em caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
- 6.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 6.3. A indenização por invalidez permanente total por acidente e morte, se contratada, não se acumulam. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente total, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor segurado por morte.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal.
- b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
- c) cópia simples do CPF ou CNH do segurado
- d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado
- e) cópia simples do boletim de ocorrência, se houver
- f) cópia simples de todos os exames e relatórios médicos que estejam relacionados com a lesão / sequela.
- g) cópia simples do relatório médico contendo data do diagnóstico, evolução do quadro clínico, data da caracterização da invalidez permanente e data da alta médica
- h) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)

- i) autorização de crédito preenchida por todos beneficiários (formulário disponível no site)
- j) cópia simples do documento de concessão do benefício previdenciário, se houver.

Para os casos onde o segurado necessitou de interdição judicial (curatela), enviar, além dos documentos acima:

- k) cópia simples do RG ou CNH do curador
- l) cópia simples ou número do CPF do curador
- m) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do curador
- n) autorização de pagamento do curador nomeado
- o) cópia autenticada da interdição judicial (curatela)
- p) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do curador (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)

8. JUNTA MÉDICA

- 8.1. A Seguradora reserva-se ao direito de submeter o segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.
- 8.2. Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.
- 8.3. Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois médicos nomeados.
- 8.4. Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 8.5. 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.

9. BENEFICIÁRIO

- 9.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado. Em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA (DIH)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao segurado, no caso de **internação hospitalar decorrente de acidente ou doença**, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Esta cobertura consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, limitado ao número máximo de diárias contratadas e observadas a carência e/ou franquia, quando previstas na apólice de seguro.

Internação Hospitalar é a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

2.2. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada e o período de internação.

2.3. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado, a contar do primeiro dia após o período de franquia contratado, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidos na apólice, o que ocorrer primeiro.

2.4. Esta cobertura está restrita a pessoas com mais de 14 e menos de 65 anos de idade.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 3. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as despesas decorrentes de:

- a) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- b) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;
- c) cirurgia para correção de fimose;
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- e) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- g) cirurgias plásticas em geral, estéticas ou não, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro;
- h) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora ou emagrecimento e suas consequências;

- i) qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidentes;
- j) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- k) tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidentes;
- l) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
- m) tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);
- n) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up;
- o) internação para doação de órgãos ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;
- p) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia, doenças mentais, inclusive o “stress”;
- q) diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- r) tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;
- s) internação para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica, exceto se a internação for decorrente de acidente pessoal coberto;
- t) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- u) internação domiciliar;
- v) quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;
- w) investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- x) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, que der origem à sua internação;
- y) quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de risco não excluído;
- z) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

aa) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo.

4. CARÊNCIA

Haverá carência de 60 (sessenta) dias para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Haverá franquia de 2 (dois) dias para esta cobertura, a partir da data de internação.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

- 6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, respeitado o número de diárias contratadas, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento coberto.
- 6.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data da internação que deu origem ao sinistro.
- 6.3. A indenização corresponderá ao pagamento de um valor diário fixo por dia de hospitalização do Segurado em consequência de acidente ou doença coberta, após aplicação do período de franquia.
- 6.4. **A reintegração do capital é automática após cada sinistro até o valor indenizado, não havendo a reintegração para danos causados em virtude do mesmo evento.**

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal.
- b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
- c) cópia simples ou número do CPF do segurado
- d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
- e) Relatório ou laudo preenchido e assinado pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários, comprovando o período de internação
- f) autorização de crédito preenchida pelo segurado (formulário disponível no site)

O segurado deve autorizar seu médico-assistente e o hospital a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.
- 8.2. Em sendo o beneficiário menor de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE (DIH-ACIDENTE)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao segurado, no caso de internação hospitalar decorrente exclusivamente de acidente, observadas as condições gerais e contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Esta cobertura consiste no pagamento de indenização relativo ao período de internação hospitalar do segurado, limitado ao número máximo de diárias contratadas e observadas a carência e/ou franquia, quando previstas na apólice de seguro.

Internação Hospitalar é a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

2.2. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada e o período de internação.

2.3. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado, a contar do primeiro dia após o período de franquia contratado, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidos na apólice, o que ocorrer primeiro.

2.4. Esta cobertura está restrita a pessoas com mais de 14 e menos de 65 anos de idade.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 3. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as despesas decorrentes de:

- a) internação em decorrência de doença;
- b) acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- c) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;
- d) cirurgia para correção de fimose;
- e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- f) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- h) cirurgias plásticas em geral, estéticas ou não, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro;
- i) qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidentes;

- j) tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidentes;
- k) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up;
- l) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia, doenças mentais, inclusive o “stress”;
- m) tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;
- n) internação para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica, exceto se a internação for decorrente de acidente pessoal coberto;
- o) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- p) internação domiciliar;
- q) quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;
- r) investigação diagnostica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- s) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, que der origem à sua internação;
- t) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo.

4. CARÊNCIA

4.1. Não há carência para eventos decorrente de acidente.

5. FRANQUIA

5.1. Haverá franquia de 2 (dois) dias para esta cobertura, a partir da data de internação.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

- 6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, respeitado o número de diárias contratadas, conforme estabelecido na apólice/certificado e vigente na data do evento.
- 6.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data da internação que deu origem ao sinistro.
- 6.3. A indenização corresponderá ao pagamento de um valor diário fixo por dia de hospitalização do Segurado em consequência de acidente coberto, após aplicação do período de franquia.
- 6.4. A reintegração do capital é automática após cada sinistro até o valor indenizado, não havendo a reintegração para danos causados em virtude do mesmo evento.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado, beneficiário ou representante legal.
- b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
- c) cópia simples ou número do CPF do segurado
- d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
- e) Relatório ou laudo preenchido e assinado pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários, comprovando o período de internação
- f) autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

O segurado deve autorizar seu médico-assistente e o hospital a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.

8. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

Em sendo o beneficiário menor de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (DIT)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do valor segurado contratado ao Beneficiário, no caso do segurado se encontrar sob tratamento médico que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, de exercer sua profissão ou ocupação, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento de indenização proporcional ao período em que o segurado se encontrar **sob tratamento médico** que o impossibilite, de forma **contínua e ininterrupta**, de exercer sua profissão ou ocupação, observado o limite máximo por evento e a carência e/ou franquia, quando previstas.

Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite máximo de 365 diárias por evento. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve em tratamento médico, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidos na apólice, o que ocorrer primeiro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 3. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as despesas decorrentes de:

- a) doenças preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação;
- b) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;
- c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- d) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- f) cirurgias plásticas em geral, estéticas ou não, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro;
- g) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora ou emagrecimento e suas consequências;
- h) qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências;
- i) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- j) tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências;
- k) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
- l) tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);

- m) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia, doenças mentais, inclusive o “stress”;
- n) diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- o) tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;
- p) internação para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica, exceto se a internação for decorrente de acidente pessoal coberto.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura nos sinistros decorrentes de acidente pessoal. Em caso de afastamento por doença, a carência será de 60 dias.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

- 6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, respeitado o número de diárias contratadas, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento coberto.
- 6.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data da constatação da incapacidade física total e temporária do Segurado.
- 6.3. O pagamento da indenização será realizado mensalmente, enquanto permanecer a incapacidade física total e temporária do Segurado, limitado ao número de diárias cobertas.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal.
- b) cópia simples do RG e CPF, ou CNH, e comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado
- c) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- d) cópia simples dos resultados de exames complementares realizados
- e) documento que comprove atividade como trabalhador autônomo (contra cheque/declaração IRPF/recibos de prestação de serviços, cópia da guia da previdência social (carnê INSS) etc.).
- f) cópia autenticada do atestado médico constando o período do afastamento, a data do sinistro, o qual deve indicar incapacidade temporária
- g) relatório médico informando a data do acidente, a data de confirmação da alta médica e indicação de incapacidade temporária

- h) exames que comprovem a incapacidade física total e temporária
- i) cópia simples do boletim de ocorrência policial, quando realizado
- j) cópia simples do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado
- k) autorização de crédito preenchida pelo segurado (formulário disponível no site)

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS

1. OBJETIVO

Garantir o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas ao Segurado decorrente de acidente coberto, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Está coberto o reembolso, limitado ao valor segurado, das **despesas médicas, hospitalares e odontológicas** efetuadas pelo Segurado para seu tratamento:

2.2. Consideram-se despesas médicas, hospitalares e odontológicas, aquelas efetuadas pelo Segurado, para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto. Estão cobertas as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares incorridas, a critério médico e necessárias para o restabelecimento do Segurado, observados os critérios a seguir:

- a) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- b) As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado e respeitando-se o valor segurado.
- c) Desde que preservada a livre escolha, a Seguradora pode estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

2.3. Pelo mesmo fato gerador, somente serão pagas despesas médicas, hospitalares e odontológicas, até o limite do valor segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as despesas decorrentes de:

- a) Doenças;
- b) Acidentes médicos;
- c) Exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
- d) Acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações:
 - Que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação;
 - Dirigidas por pilotos não legalmente habilitados; ou
 - Que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.
- e) Perda de dentes e os danos estéticos;
- f) Aquisição, instalação ou manutenção de aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- g) Prática pelo Segurado, mesmo que por indicação médica para auxiliar na recuperação de lesões decorrentes de acidente, de fisioterapia, natação, ginástica, musculação, hidroginástica, hidroterapia, RPG (Reeducação Postural Global), Holfing e Terapia Ocupacional;

- h) Utilização de aparelhos tensores ou estabilizadores de material sintético;
- i) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- j) Gravidez, do parto ou de aborto, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- k) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- l) Choque anafilático e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- m) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- n) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
- o) Eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

- 6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada no caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
- 6.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data do acidente relativo as despesas.
- 6.3. A reintegração do capital é automática após cada acidente, até o valor indenizado, não havendo a reintegração para danos causados em virtude do mesmo evento.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal.
- b) cópia simples do RG e CPF, ou CNH, e comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado
- c) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- d) cópia simples dos resultados de exames complementares realizados
- e) documento que comprove atividade como trabalhador autônomo (contra cheque/declaração IRPF/recibos de prestação de serviços, cópia da guia da previdência social (carnê INSS) etc.).
- f) cópia autenticada do atestado médico constando o período do afastamento, a data do sinistro, o qual deve indicar incapacidade temporária
- g) exames médicos realizados relacionados com o acidente
- h) cópia simples do boletim de ocorrência policial, quando realizado

- i) cópia simples do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado
- j) comprovantes originais de despesas médicas, hospitalares, odontológicas, farmacêuticas, entre outras, bem como a receita médica e os relatórios do(s) médico(s) assistente(s)
- k) autorização de crédito preenchida pelo segurado (formulário disponível no site)

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao Segurado, caso sofra invalidez funcional permanente total em consequência de doença, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. O risco coberto por esta cobertura é a invalidez funcional permanente total em consequência exclusiva de doença coberta, que cause a perda da existência independente do Segurado.

2.2. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de um dos quadros clínicos incapacitantes abaixo, decorrente exclusivamente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício da autonomia do Segurado e que deverão ser comprovados através dos parâmetros e documentos especificados no item DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS destas Condições Especiais:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença proveniente de:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Estados mórbidos, decorrentes de doença, que acarretem:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- i) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.

2.3 Outros quadros clínicos incapacitantes poderão ser reconhecidos como riscos cobertos desde que, quando avaliados através do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, que integra estas Condições Especiais, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis. O IAIF é composto por duas tabelas:

a) Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, que avalia, através de 3 escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida.

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

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

- Todos os atributos constantes na primeira tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados, enquadrando cada atributo em apenas uma graduação.

b) Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, que mensura cada uma das situações ali previstas.

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

2.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença para fins desta cobertura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula Riscos Excluídos, constante das Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções que garantem a autonomia do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

a) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as doenças profissionais;

c) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento e será realizado sob a forma de pagamento único.

6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do valor segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data indicada na declaração médica. A data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença será registrada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6.3. Após o pagamento da indenização, a apólice será cancelada, com a consequente devolução de prêmios eventualmente pagos após essa data, devidamente atualizados a partir da data de recebimento.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurador ou representante legal, e médico com carimbo e CRM
- b) cópia simples do RG ou CNH do segurador
- c) cópia simples ou número do CPF do segurador
- d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurador
- e) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurador (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- f) cópia simples do relatório médico contendo data do diagnóstico, evolução do quadro clínico, data da caracterização da invalidez permanente e data da alta médica
- g) cópia simples de todos os exames médicos que estejam relacionados com a doença
- h) autorização de crédito preenchida pelo segurador (formulário disponível no site)

O Segurado deve facilitar os meios para obtenção dos documentos necessários à regulação do sinistro.

8. JUNTA MÉDICA

8.1. A Seguradora reserva-se ao direito de submeter o segurador a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.

- 8.2. Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.
- 8.3. Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados.
- 8.4. Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 8.5. 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.

9. BENEFICIÁRIO

- 9.1 O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.
- 9.2 Em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

11. GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NA COBERTURA DE IFPD:

Agravo mórbido: piora de uma doença.

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.

Aparelho locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

Auxílio: ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico. **Cardiopatia grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

Conectividade com a vida: capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

Consumção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Dados antropométricos: no caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

Deambular: ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

Declaração médica - documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Deficiência visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

Disfunção imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

Doença crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

Doença crônica em atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

Doença crônica de caráter progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

Doença em estágio terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

Doença neoplásica maligna ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

Doença profissional: aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

Estados conexos: representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo. **Fatores de isco e morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

Hígido: saudável.

Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

Quadro clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

Refratariedade terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

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

Sentido de orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

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

Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA 1

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p>1º GRAU:</p> <p>O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O segurado apresenta desorientação; necessita de assistência à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.</p>	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>1º GRAU:</p> <p>O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.</p>	20
CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1º GRAU:</p> <p>O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.</p>	20

TABELA 2
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC – índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do valor segurado contratado, de uma única vez, em decorrência de **diagnóstico de alguma das doenças** devidamente especificadas nestas condições especiais, observada a carência.

2. RISCOS COBERTOS

DOENÇAS GRAVES COBERTAS:

2.1. CÂNCER (NEOPLASIA)

2.1.1. Doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas.

O termo câncer é sinônimo de “neoplasia maligna” e “tumor maligno”. Inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença de Hodgkin e todos os demais cânceres, conforme definição, com exceção dos abaixo especificados:

- a) Todos os cânceres não invasivos (in situ), lesões ou tumores pré-malignos, qualquer grau / estágio de neoplasia intraepitelial cervical (NIC: alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer) – displasia do colo uterino.
- b) Qualquer tipo de câncer de pele, tais como o carcinoma basocelular e o carcinoma de células escamosas, que não seja melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5mm, segundo a classificação de Breslow.
- c) Câncer de próstata abaixo do estágio T2 N0 M0 pela classificação TNM.
- d) Sarcoma de Kaposi ou qualquer outro tumor maligno diagnosticado em um portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Exame histológico: exame realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças.

2.2. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

2.2.1. Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco como consequência de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e se basear na ocorrência concomitante de: histórico de dores torácicas típicas; alterações

recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG), e elevação das enzimas cardíacas troponinas e de outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) Quadro de infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST (pedaço do traçado obtido no eletrocardiograma (ECG)).
- b) Quadro de infarto do miocárdio somente com elevação da troponina “I” ou “T” (proteínas que existem no músculo cardíaco que são usadas como marcadores de lesão celular (infarto)).
- c) Outras síndromes coronarianas agudas (conjunto de sinais e sintomas característicos, causados por doença ou distúrbio das artérias coronárias) como angina (dor no peito causada por baixo abastecimento de oxigênio para o músculo cardíaco) estável ou instável.
- d) Infarto do miocárdio antigo ou silencioso.
- e) Infarto antigo: infarto (morte de parte do músculo cardíaco) que ocorreu no passado.
- f) Infarto silencioso: infarto que ocorre sem dor, sem percepção da vítima; geralmente constatado em um achado de exame feito ao acaso.

2.3. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

2.3.1. Doença caracterizada por diminuição ou interrupção aguda do fluxo sanguíneo encefálico que resulte em morte do tecido encefálico e consequente seqüela neurológica definitiva. O quadro deve ser causado pela ruptura de um vaso encefálico com extravasamento de sangue (hemorragia) ou pela obstrução de um vaso encefálico. Inclui-se na garantia o AVC provocado por embolização de vaso encefálico originada de fonte extracraniana.

O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro neurológico típico e exames de imagem como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudo de circulação cerebral.

As sequelas neurológicas devem ser consideradas definitivas e passíveis de verificação por meio de exames especializados para confirmação do diagnóstico.

Embolização de vaso encefálico: processo em que um êmbolo (coágulo, gordura etc.) é transportado pela corrente sanguínea e termina por obstruir um vaso do encéfalo de calibre menor.

Encéfalo: conjunto formado pelo cérebro e tronco cerebral (bulbo, ponte e cerebelo).

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) **AVC isquêmico transitório e síndromes correlatas (p.ex. isquemia cerebral transitória – ICT):** situações em que o fluxo sanguíneo cerebral é diminuído, deixando de irrigar temporariamente uma parte do tecido cerebral, mas que são reversíveis; geralmente causadas por espasmos arteriais.
- b) **Traumatismos crânio encefálicos:** danos cerebrais causados por traumas, como asfixia.

- c) **Infartos cerebrais lacunares sem déficit neurológico:** pequenas áreas correspondentes a infartos do tecido cerebral, visíveis nos exames de imagem, porém em territórios que não causam sequelas neurológicas, ou seja, não têm repercussão clínica.
- d) **Enxaquecas com sintomas neurológicos.**
- e) **Sequela neurológica caracterizada exclusivamente por distúrbios cognitivos / psiquiátricos que não configurem incapacidade para vida cível (sem curatela definitiva).** Distúrbios cognitivos: distúrbios relacionados às capacidades de memória, atenção, percepção, raciocínio, juízo, pensamento e linguagem.

2.4. INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL

2.4.1. Insuficiência renal terminal é a etapa final de diversas doenças renais, caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou de transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico nefrologista e demonstrado por exames complementares apropriados, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

Não estão compreendidos por esta cobertura os quadros transitórios de insuficiência renal, mesmo que ainda realizado tratamento de diálise.

2.5. TRANSPLANTE DE ÓRGÃO

2.5.1. Procedimento cirúrgico em que o segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) **Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial.**
- b) **Transplantes de órgão de animais, não humanos.**
- c) **Autotransplante de medula óssea.**
- d) **Transplante de células-tronco (células embrionárias).**
- e) **Transplante de células beta do pâncreas.**
- f) **Transplante de órgãos não mencionados no primeiro parágrafo deste item 2.5.1.**

2.6. DOENÇA DE ALZHEIMER

2.6.1. Diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer – demência pré-senil – antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista ou psiquiatra e confirmado por achados típicos nos exames clínicos (testes cognitivos) e de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons), de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas. Para caracterização desta cobertura, o segurado deve apresentar quadro de demência

avançada que demande supervisão e cuidados constantes de terceiros e o invalide definitivamente para vida cível.

Outra maneira de caracterização desta cobertura é a Doença de Alzheimer deixar o segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

- a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro.
- b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa.
- c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene.
- d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano.
- e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino.
- f) Alimentar-se - capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida.

O quadro de demência avançada deve ser comprovado com apresentação de termo de curatela definitiva. As incapacidades para as atividades da vida diária devem ser simultâneas e clinicamente documentadas para diagnóstico definitivo da doença.

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) Outros quadros de demência que não sejam considerados como decorrentes da Doença de Alzheimer.
- b) Diagnóstico isolado de Doença de Alzheimer, que não resulte em quadro de sequelas incapacitantes para a vida cível ou para as atividades da vida diária, conforme definição acima descrita.

2.7. DOENÇA (OU MAL) DE PARKINSON

2.7.1. Diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson primária ou idiopática, antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista e confirmado por achados típicos nos exames clínicos, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas.

Para caracterização desta cobertura, a Doença de Parkinson deve resultar em sequelas motoras que restrinjam o segurado ao leito – incapacidade de se levantar sem ajuda externa – e que demandem supervisão e cuidados constantes de terceiros.

Outra maneira de caracterização desta garantia é a Doença de Parkinson deixar o segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

- a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro.
- b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa.
- c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene.
- d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano.
- e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino.

f) Alimentar-se – capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida.

A restrição ao leito e as incapacidades para as atividades da vida diária devem ser clinicamente documentadas para confirmação do diagnóstico.

Doença de Parkinson primária ou idiopática: sem causa conhecida.

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

a) Todas as outras formas de Parkinsonismo que não a Doença de Parkinson primária ou idiopática, como as decorrentes de uso de medicamentos e de trauma crânio encefálico.

b) Diagnóstico isolado de Doença de Parkinson primária ou idiopática, que não resulte em quadro de sequelas motoras que restrinjam o segurado ao leito ou o incapacitem para as atividades da vida diária, conforme definição acima descrita.

2.7.2. Só serão elegíveis para o recebimento do valor segurado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson, com restrição ao leito ou incapacidades para atividades da vida diária, conforme definição.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

4. CARÊNCIA

Haverá carência de 90 (noventa) dias para esta cobertura.

Não se aplica a carência para eventos decorrentes de acidente pessoal coberto.

5. FRANQUIA

Haverá franquia de 30 (trinta) dias para esta cobertura.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

6.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data do diagnóstico positivo da doença grave coberta.

6.3. Com o pagamento de indenização por sinistro com o segurado principal, a apólice de seguro será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do valor segurado.

6.4. A indenização por Doenças Graves e Morte, se contratada, não se acumulam. Se, depois de paga a indenização por doença grave coberta, ocorrer a morte do Segurado em consequência da mesma doença, a importância já paga será deduzida do valor segurado por morte.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal, e médico com carimbo e CRM

- b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
- c) cópia simples ou número do CPF do segurado
- d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
- e) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- f) cópia simples do relatório médico contendo o diagnóstico, evolução do quadro clínico, data da caracterização da doença e data da alta médica
- g) cópia simples de todos os exames médicos que estejam relacionados com a doença
- h) autorização de crédito preenchida pelo segurado/pelo representante do segurado (formulário disponível no site), conforme o caso

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado caso necessite de transplante de órgãos.

Entende-se por:

- 1.1. **Transplante de Órgãos:** necessidade médica de recepção de transplante, em função da perda irreversível da função dos seguintes órgãos: medula óssea, fígado, coração, pâncreas, pulmão, córnea ou rim.
- 1.2. **Lista de espera de transplante de órgãos:** a relação controlada pela Secretaria da Saúde onde são armazenados, em ordem cronológica, os dados das pessoas que precisam receber transplante(s) de órgão(s).

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura é a o transplante de algum dos órgãos, do Segurado, definidos no item 1.1., ocorrido durante a vigência da cobertura. **Somente haverá cobertura para o primeiro transplante realizado, desde que comunicado à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula Riscos Excluídos, constante das Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) transplantes não especificados no item 1.1.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura em caso de ocorrência de acidente. Para transplantes em decorrência de doença, haverá carência de 60 (sessenta) dias.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

- 6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
- 6.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data da Declaração Médica confirmando a necessidade da realização de transplante em caso de doença ou a data do acidente em caso de necessidade de transplante em decorrência de acidente pessoal coberto.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal, e médico com carimbo e CRM
- b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
- c) cópia simples ou número do CPF do segurado
- d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
- e) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- f) cópia simples do relatório médico contendo data do diagnóstico, evolução do quadro clínico, data da caracterização da doença e data da alta médica, se houver
- g) cópia simples de todos os exames médicos que estejam relacionados com o quadro clínico
- h) cópia simples do documento de inscrição na lista de espera de transplante de órgãos da secretaria da saúde
- i) autorização de crédito preenchida pelo segurado ou seu representante legal (formulário disponível no site), conforme o caso.

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE ANTECIPAÇÃO DE MORTE EM CASO DE DOENÇA EM FASE TERMINAL

1. OBJETIVO

Garantir a antecipação do pagamento do valor segurado contratado para a cobertura de MORTE, ao Beneficiário, quando o **segurado se encontrar em fase terminal ocasionada por doenças**, observadas às condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura consiste em garantir o adiantamento do valor segurado contratado para cobertura de morte mediante solicitação do segurado ou de seu representante legal, quando o segurado se encontrar em fase terminal ocasionada por doenças.

Considera-se "paciente em fase terminal" o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte.

A solicitação desta cobertura será feita mediante atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo estimado de sobrevivência do segurado, atestado este que deverá vir acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes, ressalvado o direito da seguradora de submeter o segurado a exames médicos ou complementares por profissionais de sua indicação.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

6.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data do diagnóstico da fase terminal por doença.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal, e médico com carimbo e CRM
- b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
- c) cópia simples ou número do CPF do segurado
- d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado

- e) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do Beneficiário (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- f) cópia simples do relatório médico contendo data do diagnóstico, evolução do quadro clínico, data da caracterização da doença e data da alta médica
- g) cópia simples de todos os exames médicos que estejam relacionados com a doença
- h) autorização de crédito preenchida por todos beneficiários (formulário disponível no site)

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado na apólice, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;
 - 8.1.1. O segurado poderá ser também beneficiário deste seguro.
- 8.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 8.3. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o valor segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.
Na falta das pessoas indicadas neste item, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 8.4. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo da emissão da apólice o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 8.5. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.
- 8.6. Após o pagamento da indenização referente a esta cobertura, o seguro será cancelado.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE PERDA DE EMPREGO (DESEMPREGO DE FUNCIONÁRIOS CLT)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização no caso de perda de renda por desemprego involuntário do Segurado profissional com vínculo empregatício, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

Está coberta a perda involuntária de emprego decorrente da dispensa sem justa causa do Segurado com vínculo empregatício através de contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do Trabalho), desde que o mesmo comprove um período mínimo de **12 (doze) meses de trabalho ininterrupto e com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta horas) semanais na data do sinistro e que receba pagamentos periódicos consecutivos**, observados os períodos de carência e franquia desta cobertura e as demais condições contratuais. .

Esta cobertura está limitada ao número de mensalidades seguradas e respectivos capitais e cessa quando o Segurado obtiver novo vínculo empregatício.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- b) Renúncia, perda voluntária do vínculo empregatício, demissões negociadas ou decorrentes de programas de desligamento voluntário;
- c) Campanhas de demissão em massa. Para fins deste seguro considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- d) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
- e) Trabalhos de profissionais liberais/autônomos ou funcionários que tenham cargo/emprego público com estabilidade de emprego;
- f) Término de contrato de trabalho por tempo determinado; e
- g) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral.

4. CARÊNCIA

- 4.1. Haverá carência de 45 (quarenta e cinco) dias para esta cobertura. As dispensas sem justa causa ocorridas dentro do período de carência não estarão cobertas.

5. FRANQUIA

- 5.1. Haverá franquia de 15 (quinze) dias para esta cobertura, a partir da data da dispensa sem justa causa.
- 5.2. A cobertura só será devida a partir do primeiro dia após o período de franquia, desde que o sinistro não tenha ocorrido no período de carência.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

- 6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada no caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
- 6.2. A indenização está limitada ao número de mensalidades consecutivas cobertas por evento e será suspensa quando o Segurado obtiver novo vínculo empregatício, desqualificando a situação de sinistro coberto.
- 6.3. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data da dispensa sem justa causa que deu origem ao sinistro.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal
- b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
- c) cópia simples do CPF ou CNH do segurado
- d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado
- e) cópia simples da página da identificação visual (foto) da carteira de trabalho
- f) cópia simples da página da qualificação civil da carteira de trabalho
- g) cópia simples do termo de rescisão de contrato devidamente homologado, com discriminação das verbas rescisórias
- h) autorização de crédito preenchida pelo segurado (formulário disponível no site)

Cópia autenticada atualizada após 30 dias da data da demissão e a cada pagamento de parcela, das seguintes páginas da carteira de trabalho:

- i) página do último registro do contrato de trabalho (admissão e demissão)
- j) página posterior ao contrato de trabalho, mesmo que em branco

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE PERDA DE RENDA (PROFISSIONAIS LIBERAIS E AUTÔNOMOS) POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao Segurado profissional liberal ou autônomo, no caso de perda de renda por incapacidade física total e temporária dele, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

Está coberta a incapacidade física total e temporária, involuntária e comprovada do Segurado, que cause o afastamento dele das suas atividades profissionais, por motivo de acidente pessoal ou doença coberta, observados os períodos de carência e franquia desta cobertura e as demais condições contratuais.

Entende-se como incapacidade física total e temporária a impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

Esta cobertura está limitada ao número de diárias e respectivos capitais segurados contratados por evento e cessa quando o Segurado obtiver alta médica.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- b) Gravidez, parto ou aborto, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto.

4. CARÊNCIA

Haverá carência de 45 (quarenta e cinco) dias para eventos decorrentes de doença. Não se aplica a carência para incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.

5. FRANQUIA

Haverá franquia de 15 (quinze) dias para esta cobertura, a partir da data da incapacidade atestada pelo médico assistente do Segurado.

O Segurado só terá direito à cobertura e respectiva indenização a partir do primeiro dia após o período de franquia, desde que o sinistro não tenha ocorrido no período de carência.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada no caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

6.2. A indenização está limitada ao número de diárias consecutivas cobertas por evento e será suspensa quando o Segurado receber alta médica, desqualificando a situação de sinistro coberto.

- 6.3. O pagamento da indenização será realizado mensalmente, enquanto permanecer a incapacidade física total e temporária do Segurado, limitado ao número de diárias cobertas.
- 6.4. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data que for declarada a incapacidade física total e temporária do Segurado.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal.
- b) cópia simples do RG e CPF, ou CNH, e comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado
- c) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- d) cópia simples dos resultados de exames complementares realizados
- e) documento que comprove atividade como trabalhador autônomo (contra cheque/declaração IRPF/recibos de prestação de serviços, cópia da guia da previdência social (carnê INSS) etc.).
- f) cópia autenticada do atestado médico constando o período do afastamento, a data do sinistro, o qual deve indicar incapacidade temporária
- g) relatório médico informando a data do acidente, caso aplicável, a data de confirmação da alta médica e indicação de incapacidade temporária
- h) exames que comprovem a incapacidade física total e temporária
- i) cópia simples do boletim de ocorrência policial, no caso de acidente
- j) cópia simples do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado
- k) autorização de crédito preenchida pelo segurado (formulário disponível no site)

8. JUNTA MÉDICA

A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.

Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados. Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

9. BENEFICIÁRIOS

9.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE QUEBRA DE OSSOS

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao Beneficiário, no caso de quebra de ossos, observadas as condições contratuais.

Entende-se como:

Fratura Completa: fratura cujo osso tenha rompido de uma extremidade até a outra.

Fratura Múltipla: mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso.

Fratura Complexa: fratura exposta (quando os tecidos moles subjacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior) ou fratura que tenha afetado seriamente a função de um órgão.

Fratura de Colles: fratura no osso rádio em nível do pulso.

Fratura de Dedos: no mínimo fratura de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo Segurado em um mesmo evento.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura é a de Fratura de Ossos do segurado em consequência de um acidente pessoal ocorrido durante o período de vigência do seguro.

O valor segurado para os diversos tipos de fraturas, incluídas nesta cobertura/garantia, serão de acordo com os percentuais demonstrados abaixo, aplicados sobre o valor segurado, definido para a cobertura/garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente.

DISCRIMINAÇÃO	% Sobre o valor segurado
Quadril, Pelve, Pescoço	Até 10,00%
Crânio, Omoplata	Até 10,00%
Fêmur, Clavícula, Esterno	Até 10,00%
Úmero, Patela, Cotovelo	Até 10,00%
Antebraço, Perna, Mandíbula	Até 10,00%
Pulso, Malar, Tornozelo, Mãos, Pés	Até 10,00%
Vértebra, Costelas	Até 10,00%

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:

- Fratura de Ossos em consequência de osteoporose (porosidade no osso causada por perda de proteína).
- Fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais um osso é quebrado através de uma área enfraquecida por uma doença, por um grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tais como tumores ósseos, metástases ósseas e doenças do metabolismo.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

6.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data da fratura de ossos.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal.
- b) cópia simples do RG e CPF, ou CNH, e comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado
- c) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- d) cópia simples dos resultados de exames realizados
- e) cópia autenticada do atestado médico constando o período do afastamento, a data do sinistro, o qual deve indicar incapacidade temporária
- f) relatório médico informando a data do acidente, a data de confirmação da alta médica e atestando a fratura.
- g) exames que comprovem a fratura incluindo radiografia, e indicando a data do evento
- h) cópia simples do boletim de ocorrência policial, quando realizado
- i) cópia simples do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado
- j) cópia simples do prontuário médico do primeiro atendimento
- k) autorização de crédito preenchida pelo segurado (formulário disponível no site)

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. O beneficiário deste seguro será o próprio segurado.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

Ficamos muito felizes por você ter chegado até aqui.
Agradecemos por escolher a Too Seguros!

Esperamos ter explicado todos os detalhes do seu seguro. Mas se ainda assim, você tiver dúvidas, entre em contato conosco.



Central de Atendimento via Telefone e Chat

0800 775 9191

tooseguros.com.br/fale-conosco

2ª via de documentos, cancelamentos, informações sobre apólices ou acionamento do seguro

Dias úteis | das 8h às 20h

Too Seguros S.A.

CNPJ: 33.245.762/0001-07 | Registro SUSEP: 665-3 | Av. Paulista, 1374 | Bela Vista | São Paulo | SP

SAC 24h 0800 776 2252 | 0800 776 2253 - Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou dificuldade de fala

Ouvidoria 0800 776 2254 - Exclusivo para casos não atendidos ou respostas insatisfatórias.

Dias úteis | das 9h às 18h (horário de São Paulo/SP)

Processo SUSEP Nº 15414.611216/2021-43

(condições gerais seguro pessoas individual – apólice com reenquadramento por idade)

Versão maio/2021