

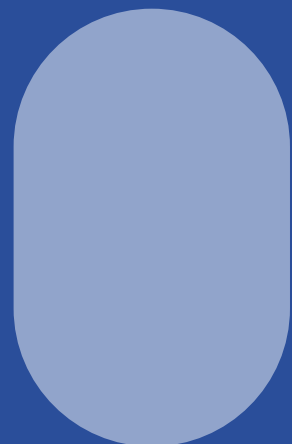
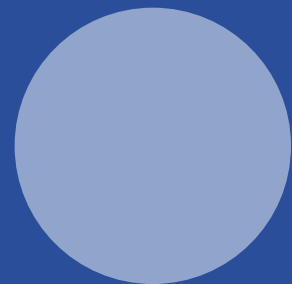


SulAmérica Vida Individual



Oi, tudo bem?

Aqui você vai encontrar todas as informações de forma clara sobre o seguro SulAmérica Vida Individual. Vamos começar?



Índice

Introdução	4
1. Características	5
2. Objetivo	5
Tudo o que você precisa saber sobre o produto	6
1. Cobertura do seguro	14
2. Capital segurado	99
3. Riscos excluídos	100
4. Carências	102
5. Beneficiários	103
6. Âmbito geográfico das coberturas	105
Tudo o que você precisa saber sobre o contrato	106
1. Aceitação do seguro	109
2. Vigência	112
3. Atualização do capital segurado e prêmio	113
4. Pagamento de prêmios	135
5. Tolerância e reabilitação do seguro	137
6. Cancelamento do seguro	138
Tudo o que você precisa saber sobre como acionar o seu seguro	139
1. Liquidação de sinistro	142
2. Transferência de direitos	146
3. Perda de direitos	147
Outras informações úteis	149
1. Foro	150
2. Material de divulgação do seguro	151
3. Informações complementares	152
4. Definições	154
5. Anexos	162



« RETORNO AO ÍNDICE

Introdução



1. Características

1.1. A SulAmérica Seguros de Pessoas e Previdência S.A., CNPJ nº 01.704.513/0001-46, doravante denominada SulAmérica, institui o presente Plano de Seguro de Pessoas - Individual, estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, na modalidade de Benefício Definido, descrito nestas Condições Gerais e devidamente registrado na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, sob o Processo nº 15414.900707/2013-56.

1.2. Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite a concessão de resgate, saldamento, seguro prolongado ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período de cobertura.

1.3. Estas Condições Gerais estabelecem os direitos e as obrigações da SulAmérica, dos Segurados do plano e de seu(s) Beneficiário(s).

2. Objetivo

2.1. Este plano de seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização (Capital Segurado) ao próprio Segurado ou aos seus Beneficiários, na ocorrência dos seguintes eventos com o Segurado: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente por Acidente Majorada, Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas, Doenças Graves, Aquisição de Jazigo, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Funeral, Acessibilidade Física por Acidente, Diária por Incapacidade Temporária com LER (Lesões por Esforço Repetitivo), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LTC (Lesão por Trauma Cumulativo) e Hérnia e Diária por Incapacidade Temporária sem LER (Lesões por Esforço Repetitivo), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LTC (Lesão por Trauma Cumulativo) e Hérnia. DIH A - Diária por Internação Hospitalar por Acidente, DIH - Diária por Internação Hospitalar por Doença ou Acidente, DIH UTI - Diária por Internação Hospitalar por Doença ou Acidente em UTI, Adiantamento de Doença Terminal – ADT e Filhos Póstumos – FP.



Exceto se decorrente de risco excluído e **desde que respeitadas estas condições gerais.**

« RETORNO AO ÍNDICE

**Tudo o que
você precisa
saber sobre
o produto**


SulAmérica

Resumo



Capital Segurado

O **valor de proteção**, ou **valor de indenização**, é a quantia contratada por proteção financeira da SulAmérica à determinados eventos, como por exemplo morte e invalidez. O segurado deve avaliar sua realidade e contratar um valor adequado pensando na possibilidade do evento de fato acontecer.

Por exemplo:



Morte: Quanto dinheiro (ou quantos anos de renda) seria necessário para que a família do titular do seguro possa se reestruturar financeiramente no caso de seu falecimento?



Invalidez: Quanto dinheiro (ou quantos anos de renda) seria necessário para que o segurado consiga se reestruturar financeiramente em casa de invalidez por acidente parcial ou total?

Beneficiários

Beneficiários são as pessoas escolhidas para receber a indenização em caso de falecimento do segurado. Você pode indicar seus beneficiários ou manter como seus herdeiros legais. É possível incluir ou alterar os beneficiários a qualquer momento mediante solicitação.



Indicar Beneficiários

Para quem prefere ter controle de quem será beneficiado e suas porcentagens dos valores de indenização. É possível indicar até 5 beneficiários via contratação online e se precisar de mais é só solicitar. **Pode ser qualquer pessoa: Cônjuges, filhos, parentes, amigos, vizinhos...**



Herdeiros Legais

De acordo com o artigo 792 do Código Civil Brasileiro: **deverá ser pago 50% para o cônjuge e os outros 50% divididos entre os filhos.** Se não tiver cônjuge/filhos, o valor será destinado à pessoa que comprovar que não tem como se manter financeiramente após a morte do segurado.

Coberturas

O Seguro SulAmérica Vida Na Medida conta com as proteções:



Morte Acidental

Quando ocorre o falecimento do segurado **exclusivamente por acidente**, os beneficiários recebem uma indenização.

O que cobre: Cobre a morte do segurado quando a causa for acidente, exemplos: Acidente de trânsito, atropelamento, escorregões e queda.

O que não cobre: Morte por doença, por atos ilícitos.



Morte por qualquer causa

Quando ocorre o falecimento do segurado, por doença, natural ou acidental, os beneficiários recebem uma indenização.

O que cobre: Cobre a morte do segurado em decorrência da idade, de doença, acidentes de trânsito, atropelamento, escorregões e queda.

O que não cobre: Doença que o segurado tinha conhecimento e omitiu na contratação do seguro.



Invalidez por acidente (IPA)

Em caso de lesão física, redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de membro ou órgão, causada por acidente pessoal coberto, você (segurado) receberá uma indenização relativa à perda.

O que cobre: Cobre a invalidez do segurado quando a causa for acidente, exemplos: perda da visão de um olho ou dos dois olhos, perder o movimento das pernas.

O que não cobre: Invalidez que ocorreu antes da contratação do seguro. por doença, por atos ilícitos.



Acessibilidade física por acidente (ACF)

Em caso de uma invalidez, causada por acidente pessoal coberto, você (segurado) receberá uma indenização para auxiliar nos custos de Adaptação do Carro e/ou residência.

O que cobre: Cobre a Invalidez de valor superior a 50% (cinquenta por cento), de acordo com a Tabela anexa, exemplo: Perda total de uso de um dos membros superiores, Perda total do uso de um dos pés, etc.

O que não cobre: Invalidez que ocorreu antes da contratação do seguro, por doença, por atos ilícitos.



Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO)

Em caso de acidente, não precisa se preocupar, você (segurado) receberá o reembolso dos valores com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas, limitado ao valor contratado.

O que cobre: Cobre as despesas com médicos e hospitais do segurado quando a causa for acidente, exemplos: Foi atropelado e precisou ser atendido e ficar em observação no hospital.

O que não cobre: Despesas com acompanhantes, próteses, despesas depois da alta médica ou quando a despesa for decorrente de uma doença e não acidente.



Aquisição de Jazigo

Quando ocorre o falecimento do segurado, a pessoa que arcou com os custos da aquisição de jazigo ou carneiro em cemitério, terá o reembolso das despesas, limitado ao valor contratado..

O que cobre: Reembolso das despesas da aquisição do jazigo em caso de morte do segurado

O que não cobre: Caso a Morte do segurado tenha sido decorrente de risco excluído, como atos ilícitos, etc.



Funeral Individual

Quando ocorre o falecimento do segurado a pessoa que arcou com os custos do funeral terá o reembolso das despesas, limitado ao valor contratado.

O que cobre: Reembolso das despesas ou prestação dos serviços: traslado do corpo dentro do Brasil, caixão, flores, carro funerário, tratamento do corpo, sepultamento e taxas por 3 anos em Cemitério Público da cidade do segurado, cremação e velório no crematório, sala de velório no Cemitério Público.

O que não cobre: Aquisição/confecção de lápide, sepultura, jazigo, terreno, cova e carneiro (gaveta nos cemitérios onde se enterram os cadáveres).



Doenças Graves

A partir do diagnóstico de uma Doença Grave coberta, se contratado, você (segurado) receberá uma indenização de acordo com a patologia.

O que cobre: Cobre o Diagnóstico de mais de 30 PATOLOGIAS, como: AVC, câncer, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, Embolia Pulmonar, Esclerose Múltipla, Transplante de Órgãos, etc

O que não cobre: Doença com diagnóstico antes da contratação do seguro, e particularidades de cada patologia como: Câncer de pele, Transplante de tecidos , etc.



Diária com incapacidade Temporária (DIT)

Em caso de afastamento do trabalho por conta de algum acidente ou doença, você (segurado) receberá uma indenização para ajudar a compor a sua renda durante esse período

O que cobre: Pode ser contratada para LER - lesão por esforço repetitivo, DORT - Distúrbio osteomusculares relacionados ao trabalho, LTC - lesão por trauma continuado e Hérnia; além de outras doenças.

O que não cobre: Afastamento pelo período inferior da franquia, período de afastamento da gravidez, cirurgias plásticas, etc.



Invalidez por doença (IFPD)

É a perda definitiva das funções de algum membro, órgão ou parte do corpo de um indivíduo, impedindo-o de executar suas tarefas, no caso desse diagnóstico **você (segurado) receberá uma indenização.**

O que cobre: Cobre a invalidez do segurado quando a causa for doença, exemplos: perda da visão dos dois olhos, perder o movimento das duas mãos, ou das duas pernas, etc.

O que não cobre: Invalidez que ocorreu antes da contratação do seguro, por acidente, por atos ilícitos.



Invalidez permanente por acidente majorada (IPA)

Em caso de lesão nos órgãos ou membros, causada por acidente pessoal coberto, você (segurado) receberá uma indenização integral do valor contratado. Disponível somente para algumas profissões.

O que cobre: Cobre a invalidez do segurado quando a causa for acidente, exemplos: perda total da visão de um dos olhos, perda total da função de um dos dedos polegares, perda total da função de um dos ouvidos, etc.

O que não cobre: Invalidez que ocorreu antes da contratação do seguro, por doença, por atos ilícitos.



Diária por internação hospitalar (DIH)

Caso necessite ficar hospitalizado por mais de 48 horas, em decorrência de doença ou acidente, você receberá um valor para cobrir suas despesas.

O que cobre: O pagamento de um valor diário, conforme contratação, de acordo com os dias internados. Pode ser contratada com ampliação para UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

O que não cobre: Internação por tratamento clínico como cirurgia plástica, internação após o recebimento da alta médica, internação de acompanhante, tratamento para obesidade, hospitalização para check-up, etc.



Adiantamento de doença terminal

Em caso de diagnóstico de doença terminal, com quadro clínico irreversível, você (segurado) receberá uma antecipação parcial ou total do valor da Cobertura de Morte, conforme contratação.

O que cobre: Diagnóstico de quadro clínico irreversível, portador de doença em fase terminal, conforme laudo médico.

O que não cobre: Diagnósticos de doença terminal que tenham como tempo de expectativa de vida do segurado, declarado pelo médico prazo superior a 12 meses a partir da data do diagnóstico do estado de doença terminal.



Filhos póstumos

No caso de falecimento dos pais (pai e/ou mãe), durante o período de gestação, o responsável legal do bebê irá receber uma indenização para auxiliá-lo nesse momento.

O que cobre: Falecimento do pai e da mãe, durante o período gestacional. No caso de falecimento do pai, será observado o máximo de 300 (trezentos) dias a contar da data do nascimento.

O que não cobre: Caso os pais já estiverem gestacionando no período da contratação, nascimento anterior ao falecimento dos pais, para os bebês que nascerem sem vida, em caso de adoção.

Carências

- **Suicídio ou tentativa:** 24 meses a partir do início do seguro ou do aumento do valor de proteção;
- **Cobertura de Doenças Graves:** 90 dias a partir do início do seguro ou do aumento do valor de proteção
- **Cobertura de Diária por Incapacidade Temporária:**
A partir do início do seguro ou do aumento do valor de proteção:
 - 180 dias: DIT com LER, DORT, LTC, Hérnia e etc.
 - 60 dias para demais doenças.
 - Não há carência para acidente;
- **Cobertura de Diária por Internação Hospitalar:** 90 dias para doença a partir do início do seguro ou do aumento do valor de proteção.
- **Outras causas:** Não existe carência, a proteção é imediata.

Franquias

- **Cobertura de Diária por Internação Hospitalar:** 48 horas
 - **Cobertura de Diária por Incapacidade Temporária:** de acordo com o vínculo empregatício
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Contratos CLT:
Franquia normal: 15 dias para acidente ou doença. | <ul style="list-style-type: none"> • Autônomos e profissionais liberais:
Contrato com franquias normal: 10 dias para acidente ou doença;
Contrato com franquias reduzida: 7 dias para acidente e 10 dias para doença. |
|---|---|

Como funciona a franquia na prática?

Veja exemplo abaixo:



1. Profissional autônomo contrata seguro:

Cobertura de DIT (Diária por Incapacidade Temporária) com **franquia de 10 dias** e com capital segurado para o valor mensal de R\$ 15 mil.

Assim, o **valor de sua diária é de R\$500**. (Capital segurado de R\$ 15 mil dividido por 30 dias).



2. Segurado sofre acidente coberto pelo seguro:

Recebe atestado médico com **60 dias de afastamento**

Assim, **sabemos que ele terá 50 dias remunerados de indenização**, pois precisamos subtrair 10 dias de franquias do seu atestado de 60 dias.



3. Segurado recebe indenização Contratada:

Recebe o valor de R\$ 25.000 (a ser dividido e pago semanalmente)

A conta feita para a indenização é a seguinte: **50x500 (50 dias de afastamento remunerados multiplicados por R\$500)**

Benefícios e Assistências

Para mais informações acesse o [Guia de Assistências](#)



Sorteios: Você concorre a R\$ 15 mil pela loteria federal todo mês! Mesmo se for sorteado, continua participando dos próximos sorteios e tem a chance de ganhar mais vezes! Atenção: Você não pode estar com o pagamento em atraso para receber esse prêmio, ok?



Assistência Funeral Familiar ou Familiar Ampliado: Prestação dos serviços diversos, como traslado do corpo dentro do Brasil, caixão, flores, carro funerário, tratamento do corpo, sepultamento e taxas por 3 anos em Cemitério Público da cidade do segurado, cremação e velório no crematório, sala de velório no Cemitério Público. Sem possibilidade de reembolso.

Importante: É possível contratar a assistência ampliando para pais e sogros.



Descontos em Farmácias: Ampla rede de farmácias que oferecem descontos de até 70% em diversos medicamentos nas maiores redes de farmácias do Brasil.



2ª Opinião Médica Internacional: em caso de doenças complexas, o segurado terá direito a uma segunda opinião com um médico reconhecido internacionalmente.



Residencial: serviços para **pequenos reparos como chaveiro, eletricitista e outros profissionais**. Conta também com os serviços de **vigilância e segurança**, em caso de roubo e furto na residência, e serviços domésticos provisórios, em caso de hospitalização do segurado ou profissionais domésticos com carteira assinada.



Faz Tudo: pequenos serviços domésticos como fixação de quadros, cortinas, prateleiras, olho mágico e muito mais.



Médico na Tela: Serviço de atendimento 24h de orientação médica incluindo prescrição de receitas para medicamentos. Basta ligar na central de atendimento e acessar o link para sala de vídeo. Se necessário, com prescrição de receita para medicamentos.

Para acionar as assistências de funeral e cesta básica ligue para:

4090 1073 - Capitais e Regiões Metropolitanas
0800 778 1073 - Demais localidades

Para acionar o Médico na Tela ligue para:

4004 4935 (capitais e regiões metropolitanas)
e 0800 726 4935 (demais localidades)

1. Cobertura do seguro



O Segurado deverá sinalizar adequadamente, quando do preenchimento da Proposta de Contratação as Coberturas que deseja contratar.

Cobertura básica (Podem ser contratadas isoladamente):



1.1. MORTE

a) o que está coberto

Cobre a morte do Segurado durante a Vigência da Apólice e, no caso de morte natural ou acidental do Segurado, garante o pagamento de uma Indenização no valor do Capital Segurado contratado aos Beneficiários.

1.1.1. O pagamento antecipado de prêmio não reduz ou elimina o período de carência.

b) O que não está coberto

Esta cobertura de seguro não cobrirá a morte do segurado se esta for decorrente dos eventos mencionados nos itens relativos aos riscos excluídos e à perda dos direitos.

1.1.2. Poderá ser contratada, facultativamente e de forma acessória à Cobertura de Morte do Segurado Principal, a Cobertura de Morte do Cônjuge deste, com Capital Segurado que corresponda, no máximo, 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para o Segurado Principal.

1.2. Liquidação do sinistro de morte e morte do cônjuge

Para a regulação do Sinistro deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

1.2.1. Documentos do Segurado

- a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;
- b) Relatório Médico preenchido e assinado, pelo médico do Segurado, detalhando e atestando o seu quadro clínico;
- c) Certidão de óbito do Segurado;
- d) Certidão de casamento;
- e) Carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação - CNH do Segurado ;
- f) CPF do Segurado;
- g) Comprovante de residência

A SulAmérica poderá solicitar os documentos abaixo, caso seja necessário para avaliação do sinistro:

- a) Boletim de ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim se houver;
- b) Carteira nacional de habilitação e Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- c) Laudo de Necropsia;
- d) Laudo de Dosagem Alcoólica e ou Etilica
- e) Laudo de Dosagem Toxicológica;
- f) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em caso de Morte Acidental em ambiente de trabalho.

1.2.2. Documentos do Beneficiário

- a) Pessoa Física: CPF, RG ou CNH e comprovante de residência. Em caso de tutela ou curatela do Beneficiário, cópia autenticada do respectivo termo de tutela ou curatela, CPF, RG ou CNH e comprovante de residência do tutor ou curador.
- b) Pessoa Jurídica: Estatuto ou contrato social, cartão do CNPJ, e comprovante de endereço, bem como o documento que contenha a qualificação do procurador ou representante legal da pessoa jurídica.

Caso o Beneficiário não tenha sido indicado na Proposta de Contratação deverá ser observada a ordem de vocação hereditária constante do Código

Civil. Neste caso, além dos documentos anteriormente mencionados são necessários os seguintes documentos:

Descendentes: CPF, carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação, ou certidão de nascimento, se o(s) descendente(s) for(em) menor(es) de idade, e comprovante de residência do(s) descendente(s);

Ascendentes: declaração de inexistência de cônjuge e descendente(s) do Segurado falecido com firma reconhecida, certidão de nascimento, CPF, carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação, e comprovante de residência do(s) ascendente(s);

Cônjuge: declaração de inexistência de descendente (s) do Segurado falecido com firma reconhecida, certidão de casamento atualizada, CPF, carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação e comprovante de residência do cônjuge;

Companheiro(a): declaração de inexistência de descendente(s) do Segurado falecido com firma reconhecida, CPF, carteira de identidade, ou Carteira Nacional de Habilitação, comprovante de residência que comprove o endereço completo do(a) companheiro(a), documento legalmente aceito que comprove a convivência com o Segurado falecido, tais como: (a) contrato de convivência por escritura pública, (b) reconhecimento judicial por sentença transitada em julgado da união estável, (c) documento fornecido por instituição pública de Previdência que comprove a condição de companheiro(a), (d) cópia da declaração de imposto de renda do Segurado falecido constando o(a) companheiro(a) como dependente; e

Colaterais: certidão de óbito do(s) ascendente(s) do Segurado falecido, declaração de inexistência de descendente(s) e cônjuge do Segurado falecido com firma reconhecida, CPF, carteira de identidade ou carteira nacional de habilitação e de comprovante de residência do(s) colateral(is).

1.3. Cancelamento

Paga a Indenização por Morte, a Apólice será imediata e automaticamente cancelada. Nesta hipótese, quaisquer Prêmios eventualmente pagos após o pagamento da Indenização serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente.

1.4. Indenização

O pagamento da indenização das coberturas de Morte e Morte do Cônjuge serão realizados sob a forma de parcela única.



1.5. MORTE ACIDENTAL

a) o que está coberto

Desde que contratada, cobre a morte do Segurado durante a Vigência da Apólice e, no caso de morte acidental do Segurado, garante o pagamento de uma Indenização no valor do Capital Segurado contratado aos Beneficiários.

b) o que não está coberto

Esta cobertura de seguro não cobrirá a morte acidental do segurado se esta for decorrente dos eventos mencionados nos itens relativos aos riscos excluídos e à perda dos direitos.

1.5.1. Liquidação de sinistro:

Para a regulação do Sinistro deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

1.5.1.1. Documentos do Segurado

- a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;
- b) Relatório Médico preenchido e assinado, pelo médico do Segurado, detalhando e atestando o seu quadro clínico;
- c) Certidão de óbito do Segurado;
- d) Certidão de casamento;
- e) Carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação - CNH do Segurado ;
- f) CPF do Segurado;
- g) Comprovante de residência

A SulAmérica poderá solicitar os documentos abaixo, caso seja necessário para avaliação do sinistro:

- a) Boletim de ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim se houver;
- b) Carteira nacional de habilitação e Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- c) Laudo de Necropsia;
- d) Laudo de Dosagem Alcoólica e ou Etilica
- e) Laudo de Dosagem Toxicológica;
- f) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em caso de Morte Acidental em ambiente de trabalho.

1.5.1.2. Documentos do Beneficiário

- a) Pessoa Física: CPF, RG ou CNH e comprovante de residência. Em caso de tutela ou curatela do Beneficiário, cópia autenticada do respectivo termo de tutela ou curatela, CPF, RG ou CNH e comprovante de residência do tutor ou curador.
- b) Pessoa Jurídica: Estatuto ou contrato social, cartão do CNPJ, e comprovante de endereço, bem como o documento que contenha a qualificação do procurador ou representante legal da pessoa jurídica.

Caso o Beneficiário não tenha sido indicado na Proposta de Contratação deverá ser observada a ordem de vocação hereditária constante do Código Civil. Neste caso, além dos documentos anteriormente mencionados são necessários os seguintes documentos:

Descendentes: CPF, carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação, ou certidão de nascimento, se o(s) descendente(s) for(em) menor(es) de idade, e comprovante de residência do(s) descendente(s);

Ascendentes: declaração de inexistência de cônjuge e descendente(s) do Segurado falecido com firma reconhecida, certidão de nascimento, CPF, carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação, e comprovante de residência do(s) ascendente(s);

Cônjuge: declaração de inexistência de descendente (s) do Segurado falecido com firma reconhecida, certidão de casamento atualizada, CPF,

carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação e comprovante de residência do cônjuge;

Companheiro(a): declaração de inexistência de descendente(s) do Segurado falecido com firma reconhecida, CPF, carteira de identidade, ou Carteira Nacional de Habilitação, comprovante de residência que comprove o endereço completo do(a) companheiro(a), documento legalmente aceito que comprove a convivência com o Segurado falecido, tais como: (a) contrato de convivência por escritura pública, (b) reconhecimento judicial por sentença transitada em julgado da união estável, (c) documento fornecido por instituição pública de Previdência que comprove a condição de companheiro(a), (d) cópia da declaração de imposto de renda do Segurado falecido constando o(a) companheiro(a) como dependente; e

Colaterais: certidão de óbito do(s) ascendente(s) do Segurado falecido, declaração de inexistência de descendente(s) e cônjuge do Segurado falecido com firma reconhecida, CPF, carteira de identidade ou carteira nacional de habilitação e de comprovante de residência do(s) colateral(is).

1.5.1.3. Cancelamento por sinistro

Paga a Indenização por Morte Acidental, a Apólice será imediata e automaticamente cancelada. Nesta hipótese, quaisquer Prêmios eventualmente pagos após o pagamento da Indenização serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente.

1.5.1.4. Indenização

O pagamento da indenização das coberturas de Morte Acidental será realizado sob a forma de parcela única.

Coberturas adicionais (NÃO podem ser contratadas isoladamente):



1.6. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA

a) o que está coberto

Desde que contratada, cobre a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Segurado, relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial de membro ou órgão por lesão física, conforme tabela constante no Anexo, causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrida durante a Vigência da Apólice, exceto se decorrente de Risco Excluído, e garante o pagamento de uma Indenização ao próprio Segurado, até o valor do Capital Segurado contratado.

1.6.1. A invalidez somente será considerada permanente quando, após a conclusão do tratamento, e desde que esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, for verificada a existência de invalidez permanente quando da alta médica definitiva.

1.6.2. Considera-se invalidez permanente, total ou parcial, os casos relacionados na Tabela para Cálculo de Indenização em caso de Invalidez Permanente (Anexo I), desde que provocados por acidente.

1.6.3. 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).

1.6.4. As indenizações para esta cobertura serão calculadas com base nas hipóteses e graus estabelecidos na Tabela para Cálculo de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente (Anexo I).

1.6.5. Nos casos não especificados na tabela mencionada no subitem anterior a indenização por invalidez será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão.

1.6.6. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à porcentagem prevista na tabela para sua perda total do grau de redução funcional apresentado.

1.6.7. 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.

1.6.8. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder à da indenização prevista para sua perda total.

1.6.9. 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.

1.6.10. Em caso de invalidez parcial o Capital Segurado será reintegrado automaticamente, após cada Sinistro, sem cobrança de Prêmio adicional.

1.6.11. A invalidez permanente deverá ser comprovada mediante declaração médica a ser avaliada pela SulAmérica. a aposentadoria concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

1.6.12. Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta cobertura. Nessa hipótese, os prêmios relativos à cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

1.6.13. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente.

1.6.14. Quando o segurado atingir 70 (setenta) anos de idade a cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente será excluída da apólice.

b) O que não esta coberto

Esta cobertura de seguro não cobrirá a invalidez permanente por acidente,

total ou parcial, se esta for decorrente dos eventos mencionados nos itens relativos aos riscos excluídos e à perda dos direitos.

1.6.15. Se depois de paga a indenização por invalidez parcial, verificar-se a morte do segurado, dentro da vigência do seguro e em consequência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte, deduzida a importância já paga por invalidez, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença - caso a indenização já paga tenha ultrapassado a estipulada para a cobertura de morte.

1.6.16. Liquidação do sinistro:

Para a regulação do Sinistro deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

1.6.16.1. Do Segurado

- a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;
- b) Relatório Médico preenchido e assinado, pelo médico do Segurado, detalhando e atestando o seu quadro clínico;
- c) Carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação do Segurado;
- d) CPF do Segurado;
- e) Radiografias e laudos radiológicos do Segurado e com identificação deste, sendo que os laudos radiológicos deverão estar assinados por médico radiologista que tenha assistido o Segurado no Sinistro;
- f) Comprovante de residência do Segurado;

A SulAmérica poderá solicitar os documentos abaixo, caso seja necessário para avaliação do sinistro:

- a) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao Segurado, bem como CPF, carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente.
- b) Boletim de ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim se houver;
- c) Carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- d) Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Laudo do Exame de Corpo de Delito;
- f) Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etílica
- g) Laudo de Dosagem Toxicológica;
- h) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em caso de acidente ocorrido no trabalho.
- i) Guia de primeiro atendimento médico de emergência/ urgência.

1.6.17. Beneficiário

O beneficiário da cobertura Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será o próprio segurado.

1.6.18. Indenização

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente poderá ser paga de forma integral ou proporcional, dependendo do grau da lesão apurada conforme tabela constante no Anexo I.



1.7. INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA

a) O que está coberto

Desde que contratada, cobre a Invalidez Permanente por Acidente Majorada do Segurado, quando a invalidez for decorrente de um dos eventos citados no item 5.4.1. O pagamento será realizado após conclusão do tratamento ou depois de esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal, exceto se o acidente for decorrente dos riscos excluídos.

Esta cobertura só estará disponível para contratação quando for contratada a cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente. Em caso de sinistro, tendo sido contratadas as coberturas de IPA e IPA Majorada, em qualquer de seus modelos, o valor da indenização corresponderá à soma do valor referente à cobertura IPA, nos termos da tabela constante no anexo I, com o valor referente à cobertura IPA Majorada.

1.7.1. Estão disponíveis para contratação os modelos Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada Básica (IPA Majorada Básica), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada Master), cada um desses com garantias distintas, conforme exposto a seguir:

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada Básica (IPA Majorada Básica)

- a) Perda total da visão de um dos olhos; e
- b) Perda total da função de um dos dedos polegares, inclusive metacarpiano.

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada)

- a) Perda total da visão de um dos olhos;
- b) Perda total da função de um dos dedos polegares, inclusive o metacarpiano;
- c) Perda total da função de um dos dedos indicadores;
- d) Perda total da função de um dos ouvidos;
- e) Perda total da função de um dos punhos; e
- f) Perda total da função de um dos cotovelos;

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA Majorada Master)

- a) Perda total da visão de um dos olhos;
- b) Perda total da função de um dos dedos polegares, inclusive o metacarpiano;
- c) Perda total da função de um dos dedos indicadores;
- d) Perda total da função de um dos ouvidos;
- e) Perda total da função de um dos punhos;
- f) Perda total da função de um dos cotovelos;
- g) Perda total da função de um dos membros superiores;
- h) Perda total da função de uma das mãos (exceto dedos médios, anelares e mínimos); e
- i) Perda total da função de um dos ombros.

1.7.2. A indenização referente à garantia de invalidez permanente por acidente majorada, em qualquer de seus modelos, jamais ultrapassará 100% (cem por cento) do capital segurado contratado, mesmo que se tratem de lesões múltiplas.

1.7.3. Entende-se por perda total da função de um dedo (membro superior), a perda anatômica total do mesmo ou esmagamento com lesão vascular e nervosa grave.

1.7.4. A invalidez permanente deverá ser comprovada mediante apresentação de declaração médica a ser avaliada pela SulAmérica. a seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.

1.7.5. 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, a invalidez permanente por acidente majorada.

1.7.6. Garantia invalidez permanente por acidente majorada não se acumula com as garantias de morte e morte acidental.

1.7.6.1. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, deverá ser deduzida da indenização por morte a importância já paga por invalidez permanente.

1.7.7. Reconhecida a invalidez permanente por acidente majorada pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez e a cobertura será excluída da apólice, assim como a cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente, com a consequente devolução de prêmios eventualmente pagos após o pagamento da indenização, devidamente atualizados.

1.7.8. Quando o segurado atingir 70 (setenta) anos de idade esta cobertura será automaticamente excluída da apólice.

1.7.8.1. A cobertura de invalidez permanente por acidente majorada, que só estará disponível quando contratada a cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente.

b) O que não está coberto

Esta cobertura de seguro não cobrirá a invalidez permanente por acidente, total ou parcial, se esta for decorrente dos eventos mencionados nos itens relativos aos riscos excluídos e à perda dos direitos.

1.7.9. Liquidação do sinistro:

Para a regulação do Sinistro deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

1.7.9.1. Do Segurado

- a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;
- b) Relatório Médico preenchido e assinado, pelo médico do Segurado, detalhando e atestando o seu quadro clínico;
- c) Carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação do Segurado;
- d) CPF do Segurado;
- e) Radiografias e laudos radiológicos do Segurado e com identificação deste, sendo que os laudos radiológicos deverão estar assinados por médico radiologista que tenha assistido o Segurado no Sinistro;
- f) Comprovante de residência do Segurado;

A SulAmérica poderá solicitar os documentos abaixo, caso seja necessário para avaliação do sinistro:

- a) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao Segurado, bem como CPF, carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente.
- b) Boletim de ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim se houver;
- c) Carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- d) Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Laudo do Exame de Corpo de Delito;
- f) Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etílica
- g) Laudo de Dosagem Toxicológica;
- h) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em caso de acidente ocorrido no trabalho.
- i) Guia de primeiro atendimento médico de emergência/ urgência.

1.7.10. Beneficiário

O beneficiário da cobertura Invalidez Permanente por Acidente Majorada será o próprio segurado.

1.7.11. Indenização

O pagamento da indenização da cobertura de Invalidez Permanente por Acidente Majorada será realizado sob a forma de parcela única.



1.8. DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO

a) O que esta coberto

Disponibiliza o reembolso, limitado ao Capital Segurado, de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do Acidente Pessoal coberto, EXCETO SE DECORRENTE DE RISCO EXCLUÍDO E DESDE QUE RESPEITADAS ESTAS CONDIÇÕES GERAIS.

Se na época do Evento Coberto o Segurado possuir outro seguro que lhe garanta o reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, a responsabilidade da SulAmérica pelo reembolso será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados, proporcionalmente ao Capital Segurado, na data do Sinistro.

1.8.1. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

1.8.2. As Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas deverão ser devidamente comprovadas.

1.8.3. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda, divulgado pelo Banco Central do Brasil, da data do efetivo pagamento, realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro. Nenhum pagamento será realizado em moeda estrangeira, devendo ser convertido, nos termos acima, para a moeda nacional.

1.8.4. Quando o segurado atingir 70 (setenta) anos de idade essa cobertura será automaticamente excluída da apólice.

1.8.4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

b) O que não esta coberto

Não estão abrangidas na cobertura de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas as despesas decorrentes de:

I - Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes.

II - aparelhos que se referem a próteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

Esta cobertura também não cobrirá as despesas médicas e odontológicas se estas forem decorrentes dos eventos mencionados nos itens relativos aos riscos excluídos e à perda dos direitos.

1.8.5. Liquidação do sinistro

Para a regulação do Sinistro deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

1.8.6. Do Segurado

a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;

- b) Carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação
- c) CPF e comprovante de residência do Segurado;
- d) Relatórios Médicos relacionados ao primeiro atendimento e à alta clínica definitiva, integralmente preenchida e assinada pelos médicos do Segurado,
- e) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas objeto do pedido de reembolso.

A SulAmérica poderá solicitar os documentos abaixo, caso seja necessário para avaliação do sinistro:

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado
- b) Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- c) Boletim de Ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim, se houver;
- d) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), se houver;
- e) Laudo do Exame de Corpo de Delito;
- f) Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etílica e/ou Toxicológica;
- g) Radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado e com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá(ão) estar assinado(s) por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado no Sinistro;
- h) Guia de primeiro atendimento médico de emergência/ urgência.

1.8.7. Do Beneficiário (quando não for o próprio Segurado):

Notas fiscais e demais comprovantes originais, onde conste o seu nome como responsável pelo pagamento das despesas, juntamente com os seguintes documentos:

- a) Pessoa Física: cópia do RG, CPF, telefone e comprovante de residência.
- b) Pessoa Jurídica: cópia do cartão do CNPJ, telefone e comprovante de endereço

1.8.8. Beneficiário

O beneficiário da cobertura de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas será o próprio segurado

1.8.9. Indenização

O pagamento da indenização da cobertura de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas será realizado sob a forma de parcela única.



1.9. DOENÇAS GRAVES

a) O que esta coberto:

Desde que contratada, garante o pagamento de indenização em decorrência do diagnóstico de doença grave especificada em contratação e relacionadas nestas Condições Gerais.

As patologias cobertas contratadas serão de acordo com a opção feita pelo segurado quando do preenchimento da proposta de contratação e ratificadas na apólice do seguro, tornando-se nulas e sem efeito quais outras descritas nestas condições gerais.

Para efeito deste plano de seguro, são consideradas doenças graves exclusivamente as seguintes patologias, quando diagnosticadas de acordo com os critérios vigentes à época da solicitação da indenização e adotados pela classe médica especializada:

Poderão ser contratadas e pago o prêmio adicional referente as seguintes patologias cobertas, conforme escolha do segurado:

Acidente Vascular Cerebral (AVC): acidente vascular cerebral, isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, e que cause seqüela neurológica definitiva ou morte comprovada do tecido cerebral;
O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser confirmado por médico especialista e feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro ou ressonância magnética. Os sintomas clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico.

Anemia Aplástica: Diagnóstico inequívoco de anemia aplástica, confirmado por médico hematologista e evidenciado pela histologia da medula óssea, que deve ter sido tratada com transfusão de sangue e com pelo menos um dos seguintes itens:

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

Angioplastia Coronária: procedimento cirúrgico realizado para corrigir o estreitamento ou obstrução de uma ou mais artérias coronárias utilizando um cateter específico chamado balão de angioplastia sendo obrigatoriamente a obstrução maior que 50% do diâmetro interno da artéria coronária.

Cirurgia da Aorta: realização de cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecção da aorta. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular da Aorta, estão cobertos nesta definição. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

Cirurgia das Valvas Cardíacas: realização de cirurgia cardíaca para substituição ou reparo de uma ou mais valvas cardíacas (mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar). A definição abrange os seguintes procedimentos à tórax aberto e endovasculares: esternotomia total, esternotomia parcial, toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por catéter, implante transcáteter de prótese valvar aórtica (TAVI).

Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass): insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s) que resulte na necessidade de realização de cirurgia revascularização do miocárdio para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com o implante de enxertos/pontes vasculares (bypass) de forma a restabelecer o fluxo sanguíneo adequado ao músculo cardíaco. Cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia) estão cobertos. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista. A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.

Coma por Traumatismo Crânio-Encefálico: laudo médico, firmado por médico neurologista ou intensivista, confirmando o diagnóstico inequívoco de coma profundo exclusivamente decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto, que se caracteriza por estado de inconsciência em que não há resposta a estímulos externos ou internos e que:

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

Doença de Alzheimer: diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer que deve atender a todos os seguintes critérios:

- a) Perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais (planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social.
- b) Alteração da personalidade.
- c) Início gradual e declínio progressivo da função cognitiva.
- d) Ausência de distúrbio da consciência.
- e) Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por ex. tomografia).

A doença terá de exigir supervisão constante (24h) de terceiros. O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão constante devem ser confirmados por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

Doença de Parkinson: doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários). A caracterização da cobertura se dará mediante comprovação com exames específicos e laudos médicos complementares, sendo diagnosticadas alterações motoras, sintomas de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

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

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

O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista.

Doenças no Neurônio Motor: Esclerose lateral amiotrófica; Esclerose lateral primária; Atrofia muscular espinhal progressiva; Paralisia bulbar progressiva; ou Paralisia pseudobulbar.

Embolia Pulmonar: Embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos. O diagnóstico deve ser realizado por médico habilitado, aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro clínico típico e exames específicos que comprovem que houve a redução permanente e moderada da função respiratória.

Esclerose Múltipla: diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas, deve ser confirmado por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, e embasado por todos os seguintes critérios:

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

Hanseníase Multibacilar / Wirchowiana: Doença comprovada por exames laboratoriais com a presença do bacilo de Hansen.

Hipertensão pulmonar primária: Diagnóstico definitivo de Hipertensão Pulmonar Primária por um médico especialista. Deve haver o comprometimento da função cardíaca, resultando na perda permanente da capacidade de realizar atividades físicas. Classe 3 (três), ou mais, de acordo com a classificação funcional da New York Heart Association (NYHA).

Infarto Agudo do Miocárdio: morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida, devidamente comprovado através de exames específico de que houve a morte do músculo cardíaco em qualquer percentual. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de história de dores torácicas típicas; alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q); elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).

Insuficiência Renal Crônica Dialítica: Estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

Leucemia: Diagnóstico inequívoco por médico especializado, caracterizado por leucemia. A caracterização da cobertura se dará mediante comprovação com exames específicos e laudos médicos complementares.

Linfoma não Hodgkin: Diagnóstico inequívoco por médico especializado. A caracterização da cobertura se dará mediante comprovação com exames específicos e laudos médicos complementares.

Lúpus Eritematoso Sistêmico: O diagnóstico do Lúpus Eritematoso Sistêmico.

Neoplasia Maligna: Neoplasia maligna do lábio, cavidade oral e faringe, Neoplasia maligna do esôfago, Neoplasia maligna do estômago, Neoplasia maligna do cólon, Neoplasia maligna da junção retossigmóide,

reto, ânus e canal anal, Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas, Neoplasia maligna do pâncreas, Outras neoplasias malignas de órgãos digestivos, Neoplasias malignas de laringe, Neoplasia maligna de traquéia brônquios e pulmões, Outras neoplasias malignas de órgãos respiratórios e intratorácicos, Neoplasia maligna do osso e cartilagem articular, Neoplasias malignas do tecido mesotelial e tecidos moles, Neoplasia maligna da mama, Neoplasia maligna do colo do útero, Neoplasia maligna de outras porções e de porções não especificadas do útero, Outras neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos, Neoplasia maligna da próstata, Outras neoplasias malignas dos órgãos genitais masculinos, Neoplasia maligna da bexiga, Outras neoplasias malignas do trato urinário, Neoplasia maligna dos olhos e anexos, Neoplasia maligna do encéfalo, Neoplasia maligna de outras partes do sistema nervoso central, Neoplasias malignas de outras localizações, de localização mal definida, secundárias e de localização não especificada.

Osteomielite: Doença infecciosa aguda ou crônica do osso, causada por agentes bacterianos que invadem e destroem o osso. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

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

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

Paralisia de Membros: Perda total e irreversível da função muscular de dois (2) ou mais membros como resultado de doença no suprimento nervoso desses membros, por um período de pelo o menos noventa (90) dias após o evento precipitante. O diagnóstico de paralisia deve ser feito por um especialista.

Perda Total da Audição: Perda total ou profunda e irreversível da audição em ambos os ouvidos, causada por Acidente Pessoal coberto ou doença, de acordo com o seguinte critério:

Os limiares auditivos sensório-neurais aferidos por audiograma devem ser maiores ou iguais a 90dB (decibéis), simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz e em ambas as orelhas.

Perda Total da Visão: perda total e irreversível da visão em ambos os olhos, certificada pelo relatório de um oftalmologista evidenciado por exames específicos e aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.

Queimaduras Graves: Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície do corpo do Segurado.

Síndrome de Guillain-Barré: Diagnóstico de Guillain-Barré comprovado com exames específicos e laudo emitido por médico especialista.

Transplante de Órgãos: Procedimento cirúrgico em que o Segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, fígado (inclui transplante parcial), medula óssea, pâncreas, pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), intestino delgado (inclui transplante parcial) e rim.

Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído, sendo comprovadamente indicado o transplante como único recurso para recuperação do órgão afetado.

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

Tumor Cerebral Benigno: O tumor cerebral benigno é definido como um tumor não maligno localizado na abóbada craniana e limitado ao cérebro,

meninges, nervos cranianos ou glândula pituitária. O tumor deve requerer cirurgia ou tratamento com radiação ou causar déficits neurológicos objetivos reversíveis. Nenhum benefício será pago sob esta condição segurada de doença crítica para adenomas hipofisários com menos de 10 mm. Exclusão do período de moratória.

Nenhum benefício será pago sob esta condição se, dentro dos primeiros 90 dias após o depois de:

- A data de vigência da apólice, ou
- A data de vigência da última reintegração da apólice, o segurado tem qualquer um dos seguintes:
 - Sinais ou sintomas de câncer, ou
 - Investigações que levem a um diagnóstico de câncer (coberto ou excluído pela apólice), independentemente de quando o diagnóstico é feito, ou
 - Um diagnóstico de câncer (coberto ou excluído pela apólice).

O reclamante deve relatar essas informações médicas à empresa no prazo de seis meses após o data do diagnóstico. Se o reclamante não fornecer essas informações, a empresa tem o direito de negar qualquer reclamação de câncer ou qualquer doença crítica causada por qualquer tipo de câncer ou sua tratamento.

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

1.9.1. Paga a indenização em decorrência do diagnóstico de qualquer das doenças graves relacionadas nestas condições gerais, a cobertura será automaticamente excluída da apólice.

1.9.2. Carência

1.9.2.1. Para a cobertura de doenças graves haverá carência de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da apólice ou do aumento espontâneo de capital segurado, sendo a carência contada da data

de início de vigência da apólice ou do aumento do valor do capital segurado.

1.9.2.2. O pagamento antecipado de prêmio não reduz ou elimina o período de crêcia.

b) O que não está coberto

Acidente Vascular Cerebral (AVC): Ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro.

Anemia: Outros tipos de anemia não enquadrados no conceito da cobertura de Anemia Aplástica.

Angioplastia Coronária: Angioplastia de estreitamentos inferiores a 50% (cinquenta por cento) do diâmetro interno da artéria coronária.

Cirurgia da Aorta: Cirurgia da aorta relacionada com o doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por ex. síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers–Danlos). Cirurgia após lesão traumática da aorta.

Cirurgia das Valvas Cardíacas: Clipagem/ cirurgia da valva mitral transcáteter.

Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass): Angioplastia de estreitamentos inferiores de 50% do diâmetro interno da artéria coronária e qualquer outro tipo de cirurgia cardíaca que não vise à correção de insuficiência coronariana; Angioplastia coronariana ou colocação de Stent.

Coma por Traumatismo Cranioencefálico: Coma induzido, qualquer coma decorrente de ferimentos auto infligidos, uso de álcool ou drogas/ medicamentos. Qualquer coma não decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto.

Doença de Alzheimer: Outras formas de demência devido a perturbações cerebrais ou sistêmicas ou devido a doenças psiquiátricas.

Doença de Parkinson: Doença ou Mal de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos; Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença ou Mal de Parkinson; Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo; Fase inicial da Doença de Parkinson estágio até 2 e meio (grau de comprometimento) da escala hoehn-yahr.

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica com prova de função pulmonar com resultado normal ou disfunção leve.

Doenças no Neurônio Motor: doenças que não se caracterize por defeito na unidade motora do neurônio que afete os músculos ou nervos provocando sequelas neurológicas definitivas.

Embolia Pulmonar: Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a embolia pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice em decorrência pré-existente.

Esclerose Múltipla: Possível esclerose múltipla e síndromes neurológicas ou radiológicas isoladas que sejam sugestivas, mas não diagnósticas, de esclerose múltipla. Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas. Doença na fase caracterizada por surtos de exacerbação-remissão sem sintomas.

Hanseníase Multibacilar / Wirchowiana: é excluído o diagnóstico de Hanseníase Paucibacilar.

Hipertensão pulmonar primária: Hipertensão pulmonar secundária a qualquer outra causa conhecida, ou seja, não primário. Infarto Agudo do Miocárdio: Síndrome coronariana aguda (angina estável ou instável). Elevação da troponina sem relação clara com cardiopatia isquêmica (p. ex. miocardite, aneurisma apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, intoxicação medicamentosa). Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais, ou causado por vasoespasma coronariano, ponte miocárdica ou uso de drogas.

Insuficiência Renal Crônica Dialítica: Insuficiência Renal Aguda e/ou crônica que não necessite de diálise peritoneal ou Hemodiálise permanente;

Leucemia: estágio inicial da doença Leucemia linfocítica (ou linfóide) crônica – LLC no estágio A de Binet. Todas as neoplasias benignas e malignas que não as Leucemias.

Linfoma não Hodgkin: Linfoma Hodgkin.

Lúpus Eritematoso Sistêmico: outras doenças autoimunes, outros tipos de Lúpus.

Neoplasia Maligna: melanoma /tumores não invasivo ou classificado in situ, incluindo displasia cervical e outras lesões Pré-neoplásicas, câncer de pele benigno e maligno, carcinoma basocelular e espinocelular, sarcoma de kaposi e outros tumores associados a AIDS, hiperplasia benigna da próstata e qualquer tipo de leucemia; e doenças malignas do sistema linfático, como linfoma Hodgkin e linfoma não Hodgkin e Câncer de pele.

Osteomielite: eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a: Osteomielite diagnosticada antes a contratação do seguro, bem como as osteomielites ocorridas dentro da vigência da apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.

Pancreatite Crônica: Pancreatite crônica devido ao uso de álcool ou drogas/medicamentos. Pancreatite aguda.

Paralisia de Membros: Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias). Paralisias provocadas por síndrome de Guillain-Barré, Paralisias hereditárias ou congênitas. Paralisias provocadas por distúrbios psiquiátricos ou psicológicos. Em função de trauma.

Perda Total da Audição: Perda auditiva de origem central (sistema nervoso central), Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional (PAIRO); doenças otorrinolaringológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da audição.

Perda Total da Visão: Cegueira de origem central (sistema nervoso central), doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual;

Queimaduras Graves: Queimaduras de primeiro e segundo grau, cobertura afetada inferior a 20% (vinte por cento) da área da superfície do corpo do Segurado.

Síndrome de Guillain-Barré: não há

Transplante de Órgãos: Transplante de tecidos, qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os transplantes relacionados nas Condições Gerais como risco coberto. Não cobrirá transplante de Medula óssea quando houver contratação concomitante da cobertura/ patologia para "Leucemia".

Tumor Cerebral Benigno: Diagnóstico ou tratamento de qualquer cisto, granuloma, hamartoma ou malformação vascular (arterial ou venosa). Neoplasias da glândula hipófise.

1.9.3. Esta cobertura de seguro não cobrirá nenhuma das doenças graves relacionadas nestas condições gerais quando estas forem decorrentes de eventos mencionados nos itens relativos aos riscos excluídos e à perda dos direitos.

1.9.4. O diagnóstico deverá ter sido constatado pela primeira vez após a data de início de vigência da cobertura.

1.9.5. Somente estarão cobertos os diagnósticos ocorridos durante a vigência do seguro, desde que cumprido o prazo de carência de 90 (noventa) dias desta cobertura e somente se, o segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do primeiro diagnóstico.

1.9.6. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à seguradora. em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave.

1.9.7. Paga a indenização em decorrência do diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nestas condições gerais, a cobertura será automaticamente cancelada.

1.9.8. Quando o segurado atingir 85 (oitenta e cinco) anos de idade essa cobertura será automaticamente excluída da apólice.

1.9.9. Liquidação de sinistro:

Para a regulação do Sinistro deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

1.9.9.1. Do Segurado

- a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;
- b) Relatório Médico integralmente preenchido e assinado pelo médico do segurado, indicando o início da doença, a data em que foi diagnosticada, a data da efetiva caracterização da doença grave, detalhando aspectos relativos à referida patologia;
- c) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, comprobatórios do início da doença, incluindo laudos e resultados de exames;
- d) Carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação do Segurado;
- e) CPF;
- f) Comprovante de residência do Segurado;
- g) Laudo médico com o diagnóstico da doença grave coberta, devidamente preenchido e assinado pelo médico do Segurado;
- h) Outros exames complementares, a critério da Seguradora;
- i) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela, se houver, relacionado ao Segurado, CPF, carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação e comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente;

1.9.10. Beneficiário

O beneficiário da cobertura de Doenças Graves será o próprio segurado.



1.10. AQUISIÇÃO DE JAZIGO

c) O que está coberto

Desde que contratada, a cobertura garante o reembolso das despesas à pessoa que arcou com os custos da aquisição de jazigo ou carneiro em cemitério público ou privado, limitado ao valor do Capital Segurado e desde que a morte natural ou acidental tenha ocorrido durante a vigência da apólice, exceto se decorrente de riscos excluídos ou se ficar caracterizada a perda de direitos.

1.10.1. O reembolso será efetuado de uma única vez, em caso de morte do segurado e posterior cancelamento da apólice.

1.10.2. Para a realização do reembolso, as despesas devem ser comprovadas mediante a apresentação das notas fiscais originais com a descrição do serviço e/ou objeto, observando-se que o reembolso das despesas será limitado ao valor do capital segurado, não ultrapassando o valor contratado.

d) O que não está coberto

Esta cobertura de seguro não inclui a aquisição do jazigo ou carneiro caso a morte do segurado seja decorrente dos eventos mencionados nos itens relativos aos riscos excluídos ou à perda de direitos.

1.10.3. Liquidação de sinistro

Para a regulação do Sinistro deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

a) Documentos do Segurado:

Formulário de Aviso de Sinistro, Apólice do Seguro, CPF, carteira de identidade ou carteira nacional de habilitação, certidão de casamento ou nascimento, certidão de óbito e comprovante de residência.

b) Documentos do Beneficiário:

Notas fiscais e demais comprovantes, onde conste o seu nome como responsável pelo pagamento das despesas com a aquisição do jazigo, juntamente com os seguintes documentos:

- a) Pessoa Física: cópia do CPF, carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação e comprovante de residência.
- b) Pessoa Jurídica: cartão do CNPJ e comprovante de endereço.

Para a regulação do Sinistro deve-se entrar em contato com a Central de Assistência 24 horas da SulAmérica informando, no mínimo, os seguintes dados:

- a) Documentos do Segurado: nome completo, CPF, número da Apólice, “causa mortis”, dados aproximados (idade, peso e altura), município onde ocorreu o óbito, endereço completo de onde se encontra o corpo e do local pretendido para o sepultamento.
- b) Documentos do responsável: nome e telefone de contato.

1.10.4. Beneficiário

O Beneficiário da cobertura de Aquisição de Jazigo será à pessoa que arcou com os custos do funeral do Segurado.



1.11. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - IFPD

a) O que está coberto

Desde que contratada cobre a Invalidez Funcional Permanente Total, consequente de doença, que cause a perda da existência independente do Segurado durante a Vigência da apólice e garante o pagamento de uma Indenização no valor do Capital Segurado ao próprio Segurado.

1.11.1. É considerada perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nessas condições gerais.

1.11.2. O Risco Coberto, comprovado segundo critérios vigentes à época do pagamento da Indenização e adotado pela classe médica especializada, deverá ser proveniente exclusivamente dos seguintes quadros clínicos:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de cardiopatia grave;
- b) Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem Prognóstico evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças Crônicas de Caráter Progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais e, conseqüentemente, sua 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 manifestadas 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:
 - (i) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - (ii) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - (iii) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - (iv) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Estados Mórbidos, decorrentes de doença que acarretem:
 - (i) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - (ii) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - (iii) 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

1.11.3. Outros quadros clínicos incapacitantes poderão ser reconhecidos como riscos cobertos desde que, quando avaliados por meio do instrumento de avaliação de invalidez funcional - iaif (anexo ii), atinjam, no mínimo, 60 (sessenta) pontos, de um total de 80 (oitenta) pontos possíveis.

1.11.4. O IAIF – Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional é composto por dois documentos, contidos nestas Condições Gerais:

a) Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, a qual avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de Conectividade do Segurado com a vida, as quais são denominados Atributos e avaliados conforme abaixo:

(i) O 1º grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto, considerando que o Quadro Clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas; e

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

b) Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e Morbidade, a qual mensura as evidências médicas positivas de cada uma das situações ali previstas.

1.11.5. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, incluindo-se as instituições privadas de previdência, não caracteriza por si só a invalidez funcional permanente e total por doença para efeitos destas condições gerais.

1.11.6. O termo “funcional” existente no nome desta cobertura não deve ser confundido com o termo “função” no sentido de atividade/exercício profissional. Ele está relacionado exclusivamente à perda da existência independente do segurado.

1.11.7. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

1.11.8. Na SulAmérica reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.

1.11.9. reconhecida a invalidez funcional pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez e o segurado será automaticamente excluído do seguro, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após o pagamento da indenização, devidamente atualizados.

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

b) O que não está coberto

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

Este plano de seguro não cobrirá a invalidez do segurado se esta for decorrente dos eventos mencionados nos itens relativos aos riscos excluídos e à perda dos direitos.

1.11.11. Além dos riscos mencionados na cláusula 6 destas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, para a cobertura de invalidez funcional permanente por doença, 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 profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);
- c) doenças em geral, cuja etiologia guarde relação direta de causa e efeito com a atividade laborativa exercida pelo segurado;
- d) as doenças agravadas por traumatismos;
- e) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos – ler, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – dort, lesão por trauma continuado ou contínuo ltc, ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamento, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- f) os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do segurado.

1.11.12. Liquidação do sinistro:

Para a regulação do Sinistro deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;
- b) Relatório Médico integralmente preenchido e assinado pelo médico do Segurado, indicando o início da doença, a data em que foi diagnosticada, a data da efetiva caracterização da invalidez funcional permanente total decorrente de Doença, que cause a Perda da Existência Independente do Segurado em caráter irreversível, detalhando aspectos relativos à referida invalidez;
- c) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, comprobatórios do início da doença, incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a invalidez funcional permanente total decorrente de Doença, que cause a Perda da Existência Independente do Segurado em caráter irreversível;

- d) Carteira de identidade do Segurado ou Carteira Nacional de Habilitação;
- e) CPF do Segurado;
- f) Comprovante de residência do Segurado;
- g) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao Segurado, CPF, Carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação, e comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente.

1.11.13. Beneficiário

O beneficiário da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença será o próprio segurado.

1.11.14. Cancelamento por sinistro

Paga a Indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a Apólice será imediata e automaticamente cancelada. Nesta hipótese, quaisquer Prêmios eventualmente pagos após o pagamento da Indenização serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente.

1.11.15. Indenização

O pagamento da indenização da cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença será realizado sob a forma de parcela única.



1.12. DIT - DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE PESSOAL COBERTO COM LER, DORT, LTC E HÉRNIA

a) O que está coberto

Garante o pagamento de diárias por incapacidade temporária do Segurado, no caso deste ficar impossibilitado total, contínua e ininterruptamente, por período temporário, de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento médico, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente na vigência do seguro, caracterizado por determinação médica e comprovado por exames complementares, respeitados o período indenitário, a carência, a franquia, e observados os Riscos Excluídos e as demais cláusulas destas Condições Gerais.

1.12.1. A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária será devida a partir do 1º (primeiro) dia após o período de Franquia do seguro ou, sendo paga pelo número de dias em que perdurar a incapacidade, observada a quantidade máxima de diárias e de eventos.

1.12.2. O Segurado não está sujeito ao cumprimento de nova Franquia, se voltar a se afastar em decorrência do mesmo evento dentro de sessenta dias contados da cessação do benefício anterior.

1.12.3. O valor do capital segurado (mensal) não poderá ultrapassar a renda total mensal do segurado informada na proposta de contratação, mas se ficar comprovada má-fé do segurado no que tange à informação constante na proposta de contratação, o segurado perderá o direito à indenização sem a devolução dos prêmios pagos, nos termos do artigo 766 do código civil.

1.12.4. A indenização a ser paga será o resultado da multiplicação da quantidade de dias de afastamento pelo valor da diária, observando-se a dedução da franquia (se houver). o pagamento da indenização será realizado periodicamente, conforme o valor da renda informada pelo segurado.

1.12.5. A renda mensal do segurado deverá ser comprovada no momento da contratação ou na abertura do sinistro, ficando a cargo da seguradora essa definição.

1.12.5.1. Servirão de comprovantes de rendimento um dos documentos abaixo:

- a) Holerite/contracheque (demonstrativo de pagamento);
- b) Declaração oficial do imposto de renda;
- c) Decore (declaração comprobatória de percepção de rendimentos). Esta declaração é exigida para obtenção de crédito, financiamento, abertura de conta bancária, etc. a decore é dirigida a profissionais autônomos;

1.12.6. O número máximo de diárias a ser indenizado, por evento coberto, será determinado em função da necessidade comprovada de afastamento temporário do segurado de suas atividades profissionais, acompanhada de relatório do médico assistente do segurado, observados o limite máximo de diárias, o período de carência e a franquia determinadas para o

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

1.12.7. No caso de discordância, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.

1.12.8. As coberturas de diária por incapacidade temporária só estarão disponíveis para contratação quando for contratada a cobertura de morte ou morte acidental com a cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente.

1.12.9. Limite máximo de diárias

1.12.9.1. O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto, para esta cobertura será fixado na Proposta de Contratação, no Certificado Individual e não poderá ser superior a: 90 (noventa) diárias (por vigência anual da apólice) para os eventos decorrentes de:

- a) Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: ler (lesão por esforços repetitivos), dort (distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho), ltc (lesão por trauma continuado ou contínuo) , tendinopatias, sinovite, epicondilite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- b) Hérnia, todas, exceto após tratamento cirúrgico;
- c) Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
- d) Cirrose hepática;
- e) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer; doença de parkinson;
- f) Lombalgias lomocitálgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais degenerativas, dorsopatias, cervicobranquialgias.

1.12.9.2. 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias (por vigência anual da apólice) para demais eventos cobertos de incapacidade temporária decorrentes de acidente pessoal coberto ou doença, exceto aqueles previstos nos riscos excluídos.

1.12.10. Quando o segurado atingir 70 (setenta) anos de idade, esta cobertura será excluída da apólice, exceto se o segurado, mediante solicitação da SulAmérica, comprovar o exercício de atividade profissional remunerada.

1.12.11. Acúmulo de diárias

1.12.11.1. Não será permitido o acúmulo de diárias, no caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

1.12.12. Carência

1.12.12.1. Para cobertura de diárias de incapacidade temporária o período de carência será de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência do seguro, cujo evento gerador seja decorrente de:

- a) Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: ler (lesão por esforços repetitivos), tais como tendinites, sinovites, tenossinovites, cervicobraquialgias artrites, bursites e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a dort (distúrbios osteo-musculares relacionados ao trabalho), ltc (lesão por trauma continuado ou contínuo), tendinopatias, epicondilite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- b) Hérnia todas, exceto após tratamento cirúrgico;
- c) Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
- d) Cirrose hepática;
- e) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer; doença de parkinson, entre outras; e

f) Lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, ,
protusões discais degenerativas e dorsopatias;

1.12.12.2. 60 (sessenta) dias para a cobertura de diária por incapacidade temporária, cujo evento gerador seja decorrente de doença e não esteja previsto no subitem 8.2.3

1.12.12.3. Para eventos decorrentes de acidentes pessoais cobertos não há carência.

1.12.12.4. Quando for solicitado aumento de capital segurado para esta cobertura, o segurado deverá preencher nova proposta e haverá novo cumprimento de carência em relação à parte aumentada, sendo contada a partir do início de vigência do endosso ao seguro.

1.12.12.5. Na renovação do seguro, não é necessário cumprir nova carência.

1.12.12.6. Haverá carência de 2 (dois) anos para os seguintes casos:

- a) De suicídio ou sua tentativa, contados do início de vigência da apólice;
- b) Na solicitação de aumento de capital segurado, contado a partir da data do início de vigência do valor aumentado, para hipótese de suicídio.

1.12.12.7. O PAGAMENTO ANTECIPADO DE PRÊMIO NÃO REDUZ OU ELIMINA O PERÍODO DE CARÊNCIA.

1.12.13. Franquia

1.12.13.1. É o período em dias, contados a partir da data do afastamento de forma contínua e temporária, da principal atividade profissional do segurado por determinação médica, obedecido o limite máximo legal de até 15 (quinze) dias.

1.12.13.2. Para a cobertura de diárias de incapacidade temporária será estabelecida uma franquia de:

- a) 15 (quinze) dias para segurados que mantenham vínculo profissional no regime da clt (consolidação das leis do trabalho);

b) Para segurados que fazem parte da categoria profissional liberal ou autônomo a franquia poderá ser, conforme opção registrada na proposta de contratação:

c) 10 (dez) dias para afastamento por doenças e acidentes, ou

d) franquia reduzida de 07 (sete) dias para afastamento exclusivamente por acidente e 10 (dez) dias para doenças

1.12.13.3. A franquia é dedutível por evento, exceto se o segurado voltar a se afastar em decorrência do mesmo evento dentro de sessenta dias contados da cessação do benefício anterior, nesse caso o Segurado não está sujeito ao cumprimento de nova Franquia.

1.12.13.4. durante o período de franquia o segurado não terá direito ao recebimento da indenização para a cobertura de diária por incapacidade temporária.

1.12.13.5. O segurado somente terá direito a cobertura de diária por incapacidade temporária por acidente pessoal coberto ou doença no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos.

b) O que não está coberto

Neste seguro não haverá pagamento de indenização para os seguintes eventos:

a) Afastamentos por período inferior ao de franquia, mesmo que o afastamento seja decorrente de evento coberto;

b) Afastamento decorrente dos eventos mencionados nos itens relativos aos riscos excluídos e à perda dos direitos.

1.12.14. Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade de caráter temporária evolua para uma invalidez permanente, total ou parcial, devidamente comprovada pela perícia médica, via laudo médico a ser avaliado pela SulAmérica, o pagamento das diárias será imediatamente cancelado, sendo a última diária aquela imediatamente anterior à data do laudo.

1.12.15. Tendo em vista que a cobertura de diária por incapacidade temporária prevê o pagamento de indenização e não o reembolso de despesas, esta cobertura não poderá ser comercializada para menores de 18 (dezoito) anos de idade.

1.12.16. Para a cobertura de diária por incapacidade temporária, o segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar à seguradora o aumento ou a redução do valor do capital segurado, dentro dos limites mínimo e máximo de valores para o capital previamente estabelecidos.

1.12.17. Nos casos de aumento de capital segurado, será necessário preencher nova declaração pessoal de saúde e cumprir novo período de carência referente à diferença do capital aumentado.

1.12.18. Em caso de sinistro no período de carência da alteração de capital, o segurado será indenizado pelo valor da diária anterior.

1.12.19. Além dos riscos mencionados na cláusula 6 destas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, para a cobertura de diárias por incapacidade temporária, os abaixo especificados:

- a) gravidez e suas intercorrências, parto e aborto, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, o segurado deverá comprovar o nexo causal por meio de exames de imagens realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionados ao acidente sofrido;
- b) Doenças de conhecimento do segurado antes da contratação do seguro e não declaradas na proposta de contratação;
- c) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;
- d) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências;
- e) Tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade em suas várias modalidades e suas consequências;
- f) Hospitalização para check-up;
- g) Procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e não reconhecidos pelo conselho federal de medicina e farmácia;
- h) Doenças de transtornos mentais;
- i) Síndrome do pânico, estresse, depressão ou quaisquer outros desvios comportamentais.

- j) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras salvo os consequentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- k) Cirurgias para esterilização;
- l) Afastamento para tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- m) Luxações recorrentes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;
- n) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- o) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- p) Cirurgia para correção de miopia;
- q) Cirurgias ortognáticas (mandíbula e maxilar); e
- r) Mamoplastias (cirurgia da mama) redutoras.
- s) Anomalias ou malformações congênitas de conhecimento do segurado e não informada na proposta de contratação;
- t) Doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos;
- u) Lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;

1.12.20. Caso o segurado exerça duas ou mais atividades profissionais que lhe atribuam renda e seja afastado de apenas alguma(s) dessa(s) atividade(s), desde que se trate, nos termos destas condições gerais, de evento coberto, poderá receber diárias que correspondam à renda da(s) atividade(s) da(s) qual(is) se afastou, observados os dias de afastamento cobertos, ficando excluída dessa cobertura a renda relativa à atividade que ainda estiver exercendo, podendo a seguradora utilizar-se de regra de proporção para comparar a composição de renda do segurado e apurar a(s) diária(s) devida(s).

1.12.21. Também fica expressamente excluído da cobertura de diária de incapacidade temporária qualquer afastamento decorrente de invalidez permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este seguro

permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este seguro cobre apenas diárias de incapacidade temporária.

1.12.22. 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.

1.12.23. Em caso de Incapacidade Temporária, o Capital Segurado relativo a essa cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

1.12.24. O pagamento das diárias se extinguirá com o retorno do segurado à atividade, com o fim do tratamento médico ou com o falecimento do mesmo ou findo o período do limite de diárias contratado.

1.12.25. Liquidação do sinistro

Para a regulação do Sinistro deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

1.12.25.1. Do Segurado

- a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;
- b) Relatório Médico preenchido e assinado, pelo médico do Segurado, detalhando e atestando o seu quadro clínico;
- c) Carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação do Segurado;
- d) CPF do Segurado;
- e) Comprovante de residência do Segurado;
- f) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao Segurado, CPF, carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação e comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente.
- g) Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias etc.) laudos e imagens;
- h) Comprovante de renda mensal (holerite/contracheque, ou declaração do Imposto de Renda, ou Declare (declaração comprobatória de percepção de rendimentos).

A SulAmérica poderá solicitar os documentos abaixo, caso seja necessário para avaliação do sinistro:

- a) Atestado médico original comprovando o afastamento;
- b) Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente.
- c) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado.
- d) Laudo de Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente;
- e) Quando houver internação ou atendimento em hospital ou clínica, deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do (s) seus (s) médicos (s) assistente(s).
- g) Ficha médica hospitalar de atendimento emergencial (em caso de súbito com necessidade de atendimento de urgência).
- h) Comprovante de exercício de atividade profissional, caso não tenha sido solicitado na aceitação do seguro;
- i) Guia de primeiro atendimento médico de emergência/ urgência.
- j) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em caso de acidente ocorrido no trabalho.

1.12.26. Para efeito de prova da Incapacidade Temporária, a SulAmérica poderá exigir a realização de auditoria médica e/ou perícia médica, além da apresentação de atestado médico ou documentos emitidos pela Previdência Social.

1.12.27. Todas as despesas efetuadas para a comprovação da incapacidade, relativas aos documentos mencionados no subitem anterior, correrão por conta do Segurado ou seu Representante Legal, incluindo as consultas médicas para preenchimento de atestados de incapacidade.

1.12.28. Beneficiário

O beneficiário da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária será o próprio segurado.

1.12.29. Cancelamento

Fica cancelada a cobertura de diárias por incapacidade temporária, quando contratada, a partir da data que o segurado estiver total e permanentemente inválido, devidamente comprovado por laudo médico, deixando de ser cobrado, a partir de então, o prêmio relativo a tal cobertura.

1.12.30. Indenização

1.12.30.1. Os pagamentos da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária poderão ser efetuados periodicamente, considerando o período de Franquia contratada ficando a critério da SulAmérica a solicitação a qualquer tempo da apresentação de relatório médico ou atestado de afastamento atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado, conforme retorno ao Médico Assistente.

1.12.30.2. Em caso de morte do segurado cessará o direito ao pagamento das diárias por incapacidade temporária, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais serão pagas aos seus herdeiros nos moldes da legislação em vigor.

1.12.30.3. Nos casos de múltiplas lesões, consequentes do mesmo Sinistro, a SulAmérica reconhecerá a mais grave entre elas, ou seja, aquela em que determinar o maior período de afastamento por Incapacidade Temporária do Segurado no exercício de suas atividades profissionais, não havendo acúmulo no valor das diárias.

1.12.30.4. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do evento correrão por conta do segurado. As comprobatórias da exclusão de cobertura correrão por conta da seguradora.

1.12.30.5. A cessação do pagamento das diárias por Incapacidade Temporária ocorrerá:

- a) Na data da alta médica, devendo o Segurado apresentar o respectivo comprovante firmado pelo Médico assistente; ou,
- b) Com a utilização do Limite de Diárias, devendo o Segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, firmado pelo Médico Assistente.

1.12.30.6. Não será permitido o acúmulo de diárias quando houver mais de um evento que dê causa a Incapacidade Temporária durante um mesmo período.

1.12.30.7. Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder o limite máximo de diárias, de acordo com o evento, conforme estabelecido nesta Condição Geral.

1.12.30.8. Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de diárias por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite máximo de diárias, de acordo com o evento, conforme estabelecido nesta condição geral.

Nos casos em que o afastamento seja decorrente de um novo evento, o limite de diárias será o da nova vigência da apólice, ou seja, de acordo com o evento.

1.12.30.9. A cobertura de diária por incapacidade temporária por acidente ou doença é válida somente para o diagnóstico da incapacidade em território brasileiro. Porém a doença ou acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.



1.13. DIT - DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA SEM LER, DORT, LTC E HÉRNIA

a) O que está coberto

Garante o pagamento de diárias por incapacidade temporária do Segurado, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente, por período temporário, de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de

doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente na vigência do seguro, caracterizado por de-terminação médica e comprovado por exames complementares, respeitados o período de carência, franquia, limites de diárias e observados os Riscos Excluídos e as demais cláusulas destas Condições Gerais.

1.13.1. A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária será devida a partir do 1º (primei-ro) dia após o período de Franquia do seguro ou, sendo paga pelo número de dias em que perdurar a incapacidade, observada a quantidade máxima de diárias e de eventos.

1.13.2. O Segurado não está sujeito ao cumprimento de nova Franquia, se voltar a se afastar em decorrência do mesmo evento dentro de sessenta dias contados da cessação do benefício anterior.

1.13.3. O valor do capital segurado (mensal) não poderá ultrapassar a renda total mensal do segurado informada na proposta de contratação, mas se ficar comprovada má-fé do segurado no que tange à informação constante na proposta de contratação, o segurado perderá o direito à indenização sem a devolução dos prêmios pagos, nos termos do artigo 766 do código civil.

1.13.4. A indenização a ser paga será o resultado da multiplicação da quantidade de dias de afastamento pelo valor da diária, observando-se a dedução da franquia (se houver). o paga-mento da indenização será realizado periodicamente, conforme o valor da renda informada pelo segurado.

1.13.5. A renda mensal do segurado deverá ser comprovada no momento da contratação ou na abertura do sinistro, ficando a cargo da seguradora essa definição.

1.13.6. Servirão de comprovantes de rendimento um dos seguintes documentos abaixo:

- a) Holerite/contracheque (demonstrativo de pagamento);
- b) Declaração oficial do imposto de renda;

c) Decore (declaração comprobatória de percepção de rendimentos). Esta declaração é exigida para obtenção de crédito, financiamento, abertura de conta bancária, etc. a decore é dirigida a profissionais autônomos;

d) Ficha financeira.

1.13.7. O número de diárias a ser indenizado será determinado em função da necessidade comprovada de afastamento temporário do segurado de suas atividades profissionais, acompanhada de relatório do médico assistente do segurado, observados o limite máximo de diárias, o período de carência e a franquia determinadas para o plano. A seguradora poderá indicar perícia médica para os casos onde não haja determinação da quantidade de diárias necessárias para retorno às atividades profissionais ou em caso de discordância da quantidade apontada pelo médico assistente do segurado.

1.13.8. No caso de discordância, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.

1.13.9. As coberturas de diária por incapacidade temporária só estarão disponíveis para contratação quando for contratada a cobertura de morte ou morte acidental com a cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente.

1.13.10. Limite máximo de diárias

1.13.10.1. O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto, para esta cobertura será de:

90 (noventa) diárias para os eventos decorrentes de:

- a) Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
- b) Cirrose hepática;
- c) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer; doença de parkinson;

1.13.10.2. 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias (por vigência anual da apólice) para demais eventos de diárias de incapacidade temporária

decorrentes de acidente ou doença exceto aqueles previstos nos riscos excluídos.

1.13.10.3. Quando o segurado atingir 70 (setenta) anos de idade, esta cobertura será excluída da apólice, exceto se o segurado, mediante solicitação da SulAmérica, comprovar o exercício de atividade profissional remunerada.

1.13.11. Acúmulo de diárias

1.13.11.1. Não será permitido o acúmulo de diárias, no caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

1.13.12. Carência

1.13.12.1. Para cobertura de diárias de incapacidade temporária o período de carência será de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência do seguro, cujo evento gerador seja decorrente de:

- a) Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
- b) Cirrose hepática;
- c) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer; doença de parkinson, entre outras; e
- d) Lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais degenerativas e dorsopatias;

1.13.12.2. 60 (sessenta) dias para a cobertura de diária por incapacidade temporária, cujo evento gerador seja decorrente de doença e não esteja previsto no subitem 8.2.3

1.13.12.3. Para eventos decorrentes de acidentes pessoais cobertos não há carência.

1.13.12.4. Quando for solicitado aumento de capital segurado para esta cobertura, o segurado deverá preencher nova proposta e haverá novo

cumprimento de carência em relação à parte aumentada, sendo contada a partir do início de vigência do endosso ao seguro.

1.13.12.5. Na renovação do seguro, não é necessário cumprir nova carência.

1.13.12.6. Haverá carência de 2 (dois) anos para os seguintes casos:

- a) De suicídio ou sua tentativa, contados do início de vigência da apólice;
- b) Na solicitação de aumento de capital segurado, contado a partir da data do início de vigência do valor aumentado, para hipótese de suicídio.

1.13.12.7. O pagamento antecipado de prêmio não reduz ou elimina o período de carência.

1.13.13. Franquia

1.13.13.1. É o período em dias, contados a partir da data do afastamento de forma contínua e temporária, da principal atividade profissional do segurado por determinação médica, obedecido o limite máximo legal de até 15 (quinze) dias.

1.13.13.2. Para a cobertura de diárias de incapacidade temporária será estabelecida uma franquia de:

- a) 15 (quinze) dias para segurados que mantenham vínculo profissional no regime da clt (consolidação das leis do trabalho);
- b) Para segurados que fazem parte da categoria profissional liberal ou autônomo a franquia poderá ser, conforme opção registrada na proposta de contratação:
- c) 10 (dez) dias para afastamento por doenças e acidentes, ou
- d) Franquia reduzida de 07 (sete) dias para afastamento exclusivamente por acidente e 10 (dez) dias para doenças

1.13.13.3. A franquia é dedutível por evento, exceto se o segurado voltar a se afastar em decorrência do mesmo evento dentro de sessenta dias contados da cessação do benefício anterior, nesse caso o Segurado não está sujeito ao cumprimento de nova Franquia.

1.13.13.4. Durante o período de franquia o segurado não terá direito ao recebimento da indenização para a cobertura de diária por incapacidade temporária.

1.13.13.5. O segurado somente terá direito a cobertura de diária por incapacidade temporária por acidente pessoal coberto ou doença no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos.

b) O que não está coberto

1.13.14. Neste seguro não haverá pagamento de indenização para os seguintes eventos:

- a) Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos – ler, distúrbios osteo-musculares relacionados ao trabalho – dort, lesão por trauma continuado ou contínuo ltc, tendinopatias, sinovite, epicondilite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- b) Hérnia e suas consequências;
- c) Lombalgias, lombocitalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais degenerativas, dorsopatias, cervicobranquialgias.
- d) Afastamentos por período inferior ao de franquia, mesmo que o afastamento seja decorrente de evento coberto;
- e) Afastamento decorrente dos eventos mencionados nos itens relativos aos riscos excluídos e à perda dos direitos.

1.13.14.1. Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evolua para uma invalidez permanente, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico a ser avaliado pela SulAmérica, o pagamento das diárias será imediatamente cancelado.

1.13.14.2. Tendo em vista que a cobertura de diária por incapacidade temporária prevê o pagamento de indenização e não o reembolso de

despesas, esta cobertura não poderá ser comercializada para menores de 18 (dezoito) anos de idade.

1.13.14.3. Para a cobertura de diária por incapacidade temporária, o segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar à seguradora o aumento ou a redução do valor do capital segurado, dentro dos limites mínimo e máximo de valores para o capital previamente estabelecidos.

1.13.14.4. Nos casos de aumento de capital segurado, será necessário preencher nova declaração pessoal de saúde e cumprir novo período de carência referente à diferença do capital aumentado.

1.13.14.5. Em caso de sinistro no período de carência da alteração de capital, o segurado será indenizado pelo valor da diária anterior.

1.13.15. Além dos riscos mencionados na cláusula 6 destas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, para a cobertura de diárias por incapacidade temporária, os abaixo especificados:

- a) Gravidez e suas intercorrências, parto e aborto, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, o segurado deverá comprovar o nexo causal por meio de exames de imagens realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionados ao acidente sofrido;
- b) Doenças de conhecimento do segurado antes da contratação do seguro e não declaradas na proposta de contratação;
- c) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;
- d) Cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências;
- e) Tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade em suas várias modalidades e suas consequências;
- f) Hospitalização para check-up;
- g) Procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e não reconhecidos pelo conselho federal de medicina e farmácia;
- h) Doenças de transtornos mentais;
- i) Síndrome do pânico, estresse, depressão ou quaisquer outros desvios comportamentais;

- j) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras salvo os consequentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- k) Cirurgias para esterilização;
- l) Afastamento para tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- m) Luxações recorrentes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;
- n) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- o) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- p) Cirurgia para correção de miopia;
- q) Cirurgias ortognáticas (mandíbula e maxilar); e
- r) Mamoplastias (cirurgia da mama) redutoras.
- s) Anomalias ou malformações congênitas de conhecimento do segurado e não informada na proposta de contratação;
- t) Doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos;
- u) Lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;

1.13.16. Caso o segurado exerça duas ou mais atividades profissionais que lhe atribuam renda e seja afastado de apenas alguma(s) dessa(s) atividade(s), desde que se trate, nos termos destas condições gerais, de evento coberto, poderá receber diárias que correspondam à renda da(s) atividade(s) da(s) qual(is) se afastou, observados os dias de afastamento cobertos, ficando excluída dessa cobertura a renda relativa à atividade que ainda estiver exercendo, podendo a seguradora utilizar-se de regra de proporção para comparar a composição de renda do segurado e apurar a(s) diária(s) devida(s).

1.13.17. Também fica expressamente excluído da cobertura de diária de incapacidade temporária qualquer afastamento decorrente de invalidez permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este seguro cobre apenas diárias de incapacidade temporária.

1.13.18. 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.

1.13.19. Em caso de Incapacidade Temporária, o Capital Segurado será reintegrado automaticamente após cada Sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

1.13.20. O pagamento das diárias se extinguirá com o retorno do segurado à atividade, com o fim do tratamento médico ou com o falecimento do mesmo, ou findo o período do limite de diárias contratado.

1.13.21. Liquidação do sinistro

Para a regulação do Sinistro deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

1.13.21.1. Do Segurado

- a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;
- b) Relatório Médico preenchido e assinado, pelo médico do Segurado, detalhando e atestando o seu quadro clínico;
- c) Carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação do Segurado;
- d) CPF do Segurado;
- e) Comprovante de residência do Segurado;
- f) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao Segurado, CPF, carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação e comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente.
- g) Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias etc.) laudos e imagens;
- h) Comprovante de renda mensal (holerite/contracheque, ou declaração do Imposto de Renda, ou Decore (declaração comprobatória de percepção de rendimentos) A SulAmérica poderá solicitar os documentos abaixo, caso seja necessário para avaliação do sinistro:
- i) Atestado médico original comprovando o afastamento;

- j) Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente.
- k) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado.
- l) Laudo de Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente;
- m) Quando houver internação ou atendimento em hospital ou clínica, deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do (s) seus (s)
- n) Médicos (s) assistente(s).
- o) Ficha médica hospitalar de atendimento emergencial (em caso de súbito com necessidade de atendimento de urgência)
- p) Comprovante de exercício de atividade profissional, caso não tenha sido solicitado na aceitação do seguro;
- q) Guia de primeiro atendimento médico de emergência/ urgência.
- r) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em caso de acidente ocorrido no trabalho.

1.13.21.2. Para efeito de prova da Incapacidade Temporária, a SulAmérica poderá exigir a realização de auditoria médica e/ou perícia médica, além da apresentação de atestado médico ou documentos emitidos pela Previdência Social.

1.13.21.3. Todas as despesas efetuadas para a comprovação da incapacidade, relativas aos documentos mencionados no subitem anterior, correrão por conta do Segurado ou seu Representante Legal, incluindo as consultas médicas para preenchimento de atestados de incapacidade.

1.13.22. Beneficiário

O beneficiário da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária será o próprio segurado.

1.13.23. Fica cancelada a cobertura de diárias por incapacidade temporária, quando contratada, a partir da data que o segurado estiver total e permanentemente inválido, devidamente comprovado por laudo médico, deixando de ser cobrado, a partir de então, o prêmio relativo a tal cobertura.

1.13.24. Indenização

1.13.24.1. Os pagamentos da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária poderão ser efetuados periodicamente, considerando o período de Franquia contratada ficando a critério da SulAmérica a solicitação a qualquer tempo da apresentação de relatório médico ou atestado de afastamento atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado, conforme retorno ao Médico Assistente.

1.13.24.2. Em caso de morte do segurado cessará o direito ao pagamento das diárias por incapacidade temporária, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais serão pagas aos seus herdeiros nos moldes da legislação em vigor.

1.13.24.3. Nos casos de múltiplas lesões, consequentes do mesmo Sinistro, a SulAmérica reconhecerá a mais grave entre elas, ou seja, aquela em que determinar o maior período de afastamento por Incapacidade Temporária do Segurado no exercício de suas atividades profissionais, não havendo acúmulo no valor das diárias.

1.13.24.4. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do evento correrão por conta do segurado. As comprobatórias da exclusão de cobertura correrão por conta da seguradora.

1.13.24.5. A cessação do pagamento das diárias por Incapacidade Temporária ocorrerá:

- a) Na data da alta médica, devendo o Segurado apresentar o respectivo comprovante firmado pelo Médico assistente; ou,
- b) Com a utilização do Limite de Diárias, devendo o Segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, firmado pelo Médico Assistente.

1.13.24.6. Não será permitido o acúmulo de diárias quando houver mais de um evento que dê causa a Incapacidade Temporária durante um mesmo período.

1.13.24.7. Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder o limite máximo de diárias, de acordo com o evento, conforme estabelecido nesta Condição Geral.

1.13.24.8. Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de diárias por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite máximo de diárias, de acordo com o evento, conforme estabelecido nesta condição geral. nos casos em que o afastamento seja decorrente de um novo evento, o limite de diárias será o da nova vigência da apólice, ou seja, de acordo com o evento.

1.13.24.9. A cobertura de diária por incapacidade temporária por acidente ou doença é válida somente para o diagnóstico da incapacidade em território brasileiro. Porém a doença ou acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.



1.14. FUNERAL

a) O que está coberto

Desde que contratado, garante o reembolso das despesas à pessoa que arcou com os custos do funeral do Segurado, limitado ao valor do Capital Segurado e desde que a morte natural ou acidental tenha ocorrido durante a vigência da apólice, exceto se decorrente de riscos excluídos e à perda de direitos.

De forma alternativa ao reembolso das despesas, os Beneficiários poderão optar pelo serviço de Assistência Funeral, que não será prestado diretamente pela SulAmérica, mas por empresa especializada na execução dessa atividade.

1.14.1. Para a realização do reembolso, as despesas devem ser comprovadas mediante a apresentação das notas fiscais originais com a descrição do serviço e/ou objeto, observando-se que:

- a) Não estão cobertas as despesas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros; e
- b) O reembolso das despesas será limitado ao valor do capital segurado.

b) O que não está coberto

Esta cobertura de seguro não cobrirá o funeral do segurado caso a morte do segurado seja decorrente dos eventos mencionados nos itens relativos aos riscos excluídos e à perda dos direitos.

1.14.2. Liquidação do sinistro

Para a regulação do Sinistro deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

1.14.2.1. Reembolso de despesas com o funeral

a) Documentos do Segurado: Formulário de Aviso de Sinistro, Apólice do Seguro, CPF, carteira de identidade ou carteira nacional de habilitação, certidão de casamento ou nascimento, certidão de óbito e comprovante de residência.

b) Documentos do Beneficiário: Notas fiscais e demais comprovantes, onde conste o seu nome como responsável pelo pagamento das despesas com o funeral, juntamente com os seguintes documentos:

a) Pessoa Física: cópia do CPF, carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação e comprovante de residência.

b) Pessoa Jurídica: cartão do CNPJ e comprovante de endereço.

1.14.2.2. Assistência funeral

Para a regulação do Sinistro deve-se entrar em contato com a Central de Assistência 24 horas da SulAmérica informando, no mínimo, os seguintes dados:

a) Documentos do Segurado: nome completo, CPF, número da Apólice, “causa mortis”, dados aproximados (idade, peso e altura), município onde ocorreu o óbito, endereço completo de onde se encontra o corpo e do local pretendido para o sepultamento.

b) Documentos do responsável: nome e telefone de contato.

1.14.2.2.1. O serviço de assistência funeral não será prestado quando, a critério exclusivo da SulAmérica, for identificada que a cidade não dispõe de empresa que preste este serviço ou o cemitério escolhido não tem infraestrutura para a realização do sepultamento dentro dos padrões definidos no regulamento da assistência funeral. Nesta hipótese, deve-se optar pela indenização ou reembolso das despesas com o funeral, limitado ao valor do capital segurado.

1.14.2.2.2. Ao optar pela assistência funeral os beneficiários renunciam ao direito à indenização ou reembolso de qualquer valor pago, sendo os serviços executados dentro dos padrões e nos limites definidos no regulamento da assistência funeral, destas condições gerais e do contrato.

1.14.3. Beneficiário

O Beneficiário desta cobertura será à pessoa que arcou com os custos do funeral do Segurado

1.14.4. Cancelamento por sinistro

1.14.4.1. Paga a Indenização Funeral a Apólice será imediata e automaticamente cancelada. Nesta hipótese, quaisquer Prêmios eventualmente pagos após o pagamento da Indenização serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente.



1.15. ACESSIBILIDADE FÍSICA POR ACIDENTE – ACF

a) O que está coberto

Desde que contratada, garante ao Segurado, durante a vigência da Apólice, o pagamento de uma Indenização, limitada ao valor do Capital Segurado, que poderá ser utilizada para suportar os custos de adaptação da sua residência e/ou do veículo de sua utilização, caso seja caracterizada uma Invalidez Permanente Total ou Parcial de valor superior a 50% (cinquenta por cento), calculada conforme a tabela para o cálculo da indenização em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente, constante no anexo I, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

1.15.1. A indenização referente à cobertura de acessibilidade física por acidente jamais ultrapassará 100% (cem por cento) do capital segurado contratado, mesmo que se trate de lesões múltiplas.

1.15.2. A cobertura acessibilidade física por acidente não se acumula com as coberturas de morte e de morte acidental, portanto, em caso de sinistro por morte ou morte acidental não haverá pagamento do capital segurado correspondente à cobertura acessibilidade física.

1.15.3. Reconhecida a acessibilidade física por acidente pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez e a cobertura será excluída da apólice, com a consequente devolução de prêmios eventualmente pagos após o pagamento da indenização, devidamente atualizados.

b) O que não está coberto

Esta cobertura não garante eventos que sejam enquadrados como riscos excluídos e/ou perda dos direitos, nos termos destas condições gerais.

1.15.4. Beneficiário

Quando o segurado atingir 70 (setenta) anos de idade essa cobertura será automaticamente excluída da apólice, o beneficiário da cobertura de Acessibilidade Física por Acidente será o próprio segurado.



1.16. DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR DOENÇA OU ACIDENTE - DIH

a) O que esta coberto

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado no caso da sua internação hospitalar, decorrente de doença ou acidente, em caráter estritamente emergencial, deduzida a franquia. Entende-se como tal todas as internações que não sejam eletivas, independente das despesas efetuadas pelo segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

1.16.1. Considera-se o início da internação quando da comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente.

1.16.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o Período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis durante a vigência desta cobertura.

1.16.3. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

1.16.4. Não será permitido o acúmulo de diárias caso haja mais de um evento que caracterize a internação hospitalar durante um mesmo período.

1.16.5. Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder a quantidade de diárias contratadas, conforme previsto nas Condições Contratuais.

1.16.6. A transferência de um Hospital para outro será considerada como mesmo evento, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

1.16.7. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 90 (noventa) dias.

1.16.8. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, o primeiro dia da Hospitalização.

1.17. Limite máximo de diárias

1.17.1. O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto, para esta cobertura será de:

- a) 180 (cento e oitenta) diárias para os eventos decorrentes de doenças;
- b) 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias de incapacidade temporária decorrentes de acidente coberto (por vigência anual da apólice).

1.18. Carência

1.18.1. Para a cobertura de diárias de internação hospitalar por doença ou acidente, o período de carência será de:

- a) Para eventos decorrentes de doença: 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência do seguro;
- b) Para eventos decorrentes de acidente pessoal coberto: não haverá carência.

1.18.2. O pagamento antecipado de prêmio não reduz ou elimina o período de carência.

1.19. Franquia

1.19.1. Para a cobertura de diárias de internação hospitalar por doença ou acidente será estabelecida uma franquia de 48 (quarenta e oito) horas contadas a partir do horário inicial da internação hospitalar.

1.19.2. Durante o período de franquia o segurado não terá direito ao recebimento da indenização para a cobertura contratada.

1.19.3. A reintegração do capital segurado será automática sem cobrança de prêmio adicional quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente ou da mesma doença.

1.19.4. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela quantidade de dias de internação hospitalar, limitado ao número máximo de diárias por evento coberto, observado o período de carência e a franquia.

1.19.5. Em caso de morte do segurado, cessará o direito ao pagamento da diária, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu hospitalizado serão indenizadas aos seus herdeiros legais, nos moldes da legislação em vigor.

1.19.6. Para a cobertura de diária de internação hospitalar, o segurado poderá, a qualquer tempo, desde que não esteja dentro do período de internação hospitalar, solicitar à seguradora o aumento ou a redução do valor do capital segurado, dentro dos limites mínimo e máximo de valores para o capital previamente estabelecidos.

1.19.7. Nos casos de aumento de capital segurado será necessário preencher nova declaração pessoal de saúde e cumprir novo período de carência referente à diferença do capital aumentado.

1.19.8. Em caso de sinistro ocorrido durante o período de carência da alteração de capital, o segurado será indenizado pelo valor da diária anterior.

b) o que não está coberto

Por não serem consideradas internações hospitalares ou riscos cobertos, não serão reconhecidas as internações ocorridas em:

- Qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de hospital conforme previsto no item 3.1 das condições gerais;
- Instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
- Casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
- Clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou “spas”;
- “Home care” (internação domiciliar);

- Internação em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilo e casas de repouso;
- Clínicas para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica.

1.19.9. Além dos riscos mencionados na cláusula 6 destas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, para as coberturas de diárias por internação hospitalar por doença ou acidente (dih da), os eventos abaixo especificados:

a) Epidemias e pandemias, gripe aviária, meningite, febre aftosa, picadas de insetos, tais como a malária, dengue, zika vírus, a febre chikungunya, envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.

b) Acidente vascular cerebral – avc, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente pessoal coberto;

c) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto, e desde que realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente.

d) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética, e tratamentos clínicos ou cirúrgicos para senilidade, rejuvenescimento, repouso, geriatria, emagrecimento, estético e suas consequências;

e) Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;

f) Gravidez tópica ou ectópica, parto ou aborto bem como suas consequências, exceto em caso de acidente pessoal coberto;

g) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no código brasileiro de ética médica e/ou não reconhecidos pelo ministério da saúde ou serviço nacional de fiscalização da medicina e farmácia;

h) Tratamento odontológico e ortodontológico, de qualquer espécie e suas consequências;

- i) Tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- j) Doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, neuropsiquiátricas, psicologia, avaliação e/ou terapia, tratamentos que envolvam a homeopatia, acupuntura e tratamentos naturalistas;
- k) Hospitalizações para check-up, internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, assim como diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, por exemplo, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia, repouso, internação para doação de órgãos;
- l) Dálise ou hemodiálise em pacientes crônicos, cirrose hepática e hepatite crônica;
- m) Procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;
- n) Tratamentos da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);
- o) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia), tratamento cirúrgico devido a artroscopia e desvio de septo nasal;
- p) Internação domiciliar, mesmo que seja decorrente de acidente pessoal;
- q) Angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia, laserterapia, escleroterapia e similares); e microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

- r) Qualquer classe de neoplasia maligna (câncer) sem invasão ou “in-situ” (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão.
- s) Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados a tentativa de suicídio ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro, ou de atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;
- t) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com estes, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos – ler, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – dort, lesão por trauma continuado ou contínuo – ltc ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo.
- u) Tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidente pessoal;
- v) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o segurado mentalmente doente ou são;
- w) Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança.

1.19.10. Liquidação de Sinistro

Para a regulação do Sinistro deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

1.19.11. Liquidação de sinistro

Para a regulação do Sinistro deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

1.19.11.1. Do Segurado

- a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;
- b) Carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação
- c) CPF e comprovante de residência do Segurado;
- d) Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- e) Declaração original em papel timbrado assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermagem (ou quarto particular) e de UTI;
- f) Cópia dos exames médicos complementares realizados;
- g) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

A SulAmérica poderá solicitar os documentos abaixo, caso seja necessário para avaliação do sinistro:

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- b) Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- c) Boletim de Ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim, se houver;
- d) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), se houver;
- e) Laudo do Exame de Corpo de Delito;
- f) Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etilica e/ou Toxicológica;
- g) Radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado e com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá(ão) estar assinado(s) por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado no Sinistro;
- h) Guia de primeiro atendimento médico de emergência/ urgência.

1.19.12. Beneficiário

O beneficiário da cobertura de Diária de Internação Hospitalar será o próprio Segurado.

Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, as diárias devidas e não indenizadas serão pagas aos herdeiros legais do Segurado, conforme legislação em vigor.

1.19.13. Indenização

O pagamento da indenização da cobertura de Diárias por internação hospitalar por doença ou acidente (DIH DA), será realizado sob a forma de parcela única.



1.20. DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE - DIH A

a) O que esta coberto

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado no caso da sua internação hospitalar, decorrente de acidente, em caráter estritamente emergencial, deduzida a franquia. Entende-se como tal todas as internações que não sejam eletivas, independente das despesas efetuadas pelo segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

1.20.1. Considera-se o início da internação quando da comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente.

1.20.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o Período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis durante a vigência desta cobertura.

1.20.3. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

1.20.4. Não será permitido o acúmulo de diárias caso haja mais de um evento que caracterize a internação hospitalar durante um mesmo período.

1.20.5. Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder a quantidade de diárias contratadas, conforme previsto nas Condições Contratuais.

1.20.6. A transferência de um Hospital para outro será considerada como mesmo evento, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

1.20.7. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente será considerado um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 90 (noventa) dias.

1.20.8. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, o primeiro dia da Hospitalização.

1.20.9. Limite máximo de diárias

1.20.9.1. O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto, para esta cobertura será de:

365 (TREZENTOS E SESSENTA E CINCO) DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO (POR VIGÊNCIA ANUAL DA APÓLICE).

1.20.10. Carência

1.20.11. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal coberto para a cobertura de diárias de internação hospitalar por acidente.

1.20.12. Franquia

1.20.13. Para a cobertura de diárias de internação hospitalar por acidente será estabelecida uma franquia de 48 (quarenta e oito) horas contado a partir do horário inicial da internação hospitalar.

1.20.13.1. Durante o período de franquia o segurado não terá direito ao recebimento da indenização para a cobertura contratada.

1.20.14. A reintegração do Capital Segurado será automática sem cobrança de prêmio adicional quando da ocorrência do sinistro, exceto se direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

1.20.15. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela quantidade de dias de internação hospitalar, limitado ao número máximo de diárias por evento coberto, observado o período de carência e a franquia.

1.20.16. Em caso de morte do segurado, cessará o direito ao pagamento da diária, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu hospitalizado, serão indenizadas aos herdeiros legais do Segurado, nos moldes da legislação em vigor.

1.20.17. Para a cobertura de diária de internação hospitalar, o segurado poderá, a qualquer tempo, desde que não esteja dentro do período de internação hospitalar, solicitar à seguradora o aumento ou a redução do valor do capital segurado, dentro dos limites mínimo e máximo de valores para o capital previamente estabelecidos.

1.20.18. Em caso de sinistro ocorrido durante o período de carência da alteração de capital, o segurado será indenizado pelo valor da diária anterior.

b) O que não esta coberto

Por não serem consideradas internações hospitalares ou riscos cobertos, não serão reconhecidas as internações ocorridas em:

- qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de hospital conforme previsto no item 3.1 das condições gerais;
- instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
- casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
- clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou “spas”;
- “home care” (internação domiciliar);

- internação em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilo e casas de repouso;

- clínicas para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica.

Esta cobertura de seguro não cobrirá a internação hospitalar por acidente do segurado caso seja decorrente dos eventos mencionados nos itens relativos aos riscos excluídos, conforme previsto na cláusula 6, e à perda dos direitos.

1.20.19. Liquidação do sinistro

Para a regulação do Sinistro deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

1.20.19.1. Do Segurado

- a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;
- b) Carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação
- c) CPF e comprovante de residência do Segurado;
- d) Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- e) Declaração original em papel timbrado assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria (ou quarto particular) e de UTI;
- f) Cópia dos exames médicos complementares realizados;
- g) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta.

A SulAmérica poderá solicitar os documentos abaixo, caso seja necessário para avaliação do sinistro:

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado
- b) Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- c) Boletim de Ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim, se houver;
- d) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), se houver;
- e) Laudo do Exame de Corpo de Delito;
- f) Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etílica e/ou Toxicológica;
- g) Radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado e com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá(ão) estar assinado(s) por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado no Sinistro;
- h) Guia de primeiro atendimento médico de emergência/ urgência.

1.20.20. Beneficiário

O beneficiário da cobertura de Diária de Internação Hospitalar será o próprio Segurado.

Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, as diárias devidas e não indenizadas serão pagas aos herdeiros legais do Segurado, conforme legislação em vigor.

Quando o segurado atingir 70 (setenta) anos de idade essa cobertura será automaticamente excluída da apólice.

1.20.21. Indenização

O pagamento da indenização da cobertura de Diárias por internação hospitalar por acidente (DIH DA), será realizado sob a forma de parcela única.

1.20.22. Cobertura geográfica

A cobertura de diária por internação hospitalar por acidente (DIH A) é válida somente para a internação em território brasileiro, ainda que a doença ou o acidente causador tenha ocorrido em qualquer parte do globo terrestre.



1.21. DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR DOENÇA OU ACIDENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA- DIH UTI

a) O que esta coberto

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado no caso da sua internação hospitalar em UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), decorrente de doença ou acidente, em caráter estritamente emergencial, deduzida a franquia. Entende-se como tal todas as internações que não sejam eletivas, independente das despesas efetuadas pelo segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

1.21.1. Considera-se o início da internação hospitalar em UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) quando da comprovação médica de hospitalização e termina com a saída do paciente da UTI, mesmo que para o prosseguimento do tratamento internado, observados os limites estabelecidos na Apólice.

1.21.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas observado o prazo de carência, após decorrido o período de franquia e respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis durante a vigência desta cobertura.

1.21.3. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

1.21.4. Não será permitido o acúmulo de diárias caso haja mais de um evento que caracterize a internação hospitalar durante um mesmo período.

1.21.5. Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder a quantidade de diárias contratadas, conforme previsto nas Condições Contratuais.

1.21.6. A transferência de um Hospital para outro será considerada como mesmo evento, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

1.21.7. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 90 (noventa) dias.

1.21.8. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, o primeiro dia da Hospitalização na UTI.

1.22.1. Limite máximo de diárias

1.22.1.1. O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto, para esta cobertura será de:

- a) 180 (cento e oitenta) diárias para os eventos decorrentes de doenças.
- b) 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias de incapacidade temporária decorrentes de acidente coberto (por vigência anual da apólice).

1.23.1. A reintegração do Capital Segurado será automática sem cobrança de prêmio adicional quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente ou doença.

1.23.2. Em caso de morte do segurado, cessará o direito ao pagamento da diária, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu hospitalizado, serão indenizadas aos seus herdeiros legais nos moldes da legislação em vigor.

1.23.3. Para a cobertura de diária de internação hospitalar, o segurado poderá, a qualquer tempo, desde que não esteja dentro do período de internação hospitalar, solicitar à seguradora o aumento ou a redução do valor do capital segurado, dentro dos limites mínimo e máximo de valores para o capital previamente estabelecidos.

1.23.4. Nos casos de aumento de capital segurado, será necessário preencher nova declaração pessoal de saúde e cumprir novo período de carência referente à diferença do capital aumentado.

1.23.5. Em caso de sinistro ocorrido durante o período de carência da alteração de capital, o segurado será indenizado pelo valor da diária anterior.

1.23.6. Carência

1.23.7. Para coberturas de diárias de internação hospitalar por doença ou acidente em unidade de terapia intensiva, o período de carência será de:

- a) Para eventos decorrentes de doenças: 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência do seguro;
- b) Para eventos decorrentes de acidente pessoal coberto: não haverá carência.

1.23.8. O pagamento antecipado de prêmio não reduz ou elimina o período de carência.

1.23.9. Franquia

1.23.9.1. Para a cobertura de internação hospitalar por doença ou acidente em unidade de terapia intensiva será estabelecida uma franquia de 48 (quarenta e oito) horas, contadas a partir do horário inicial da internação na unidade de terapia intensiva.

1.23.9.2. Durante o período de franquia o segurado não terá direito ao recebimento da indenização para a cobertura contratada.

b) O que não está coberto

Por não serem consideradas internações hospitalares ou riscos cobertos, não serão reconhecidas as internações ocorridas em:

a) Hospitalizações em qualquer outro tipo de acomodação diferente de unidade de terapia intensiva (uti), conforme previsto no item 3.1 das condições gerais;

b) Hospitalizações quando o segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

1.23.10. Além dos riscos mencionados na cláusula 6 destas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, para as coberturas de diária por internação hospitalar por doença ou acidente em uti (dih uti), os eventos abaixo especificados:

a) Epidemias e pandemias, gripe aviária, a meningite, a febre aftosa, picadas de insetos, tais como malária, dengue, zika vírus, febre chikungunya, dentre outras, não se limitando a elas, envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.

b) Acidente vascular cerebral – avc ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente pessoal coberto;

c) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto e desde que realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente.

- d) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética, e tratamentos clínicos ou cirúrgicos para senilidade, rejuvenescimento, repouso, geriatria, emagrecimento estético e suas consequências;
- e) Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- f) Gravidez tópica ou ectópica, parto ou aborto bem como suas consequências, exceto em caso de acidente pessoal coberto;
- g) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no código brasileiro de ética médica e/ou não reconhecidos pelo ministério da saúde ou serviço nacional de fiscalização da medicina e farmácia;
- h) Tratamento odontológico e ortodontológico, de qualquer espécie e suas consequências;
- i) Tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- j) Doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, neuropsiquiátricas, psicologia, avaliação e/ou terapia, tratamentos que envolvam a homeopatia, acupuntura e tratamentos naturalistas;
- k) Hospitalizações para check-up, internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, assim como diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, por exemplo, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; repouso, internação para doação de órgãos;
- l) Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos, cirrose hepática e hepatite crônica;
- m) Procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;

- n) Tratamentos da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);
- o) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia), tratamento cirúrgico devido a artroscopia e desvio de septo nasal;
- p) Internação domiciliar, mesmo que seja decorrente de acidente pessoal;
- q) Angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia, laserterapia, escleroterapia e similares); e microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- r) Qualquer classe de neoplasia maligna (câncer) sem invasão ou “in-situ” (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão.
- s) Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados a tentativa de suicídio ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro, ou de atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;
- t) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com estes, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos – ler, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, lesão por trauma continuado ou contínuo – LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo.
- u) Tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidente pessoal;
- v) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o segurado mentalmente doente ou são;

w) Atos contrários a lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança.

1.23.11. Liquidação de sinistro

Para a regulação do Sinistro deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

1.23.11.1. Do Segurado

- a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;
- b) Carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação
- c) CPF e comprovante de residência do Segurado;
- d) Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- e) Declaração original em papel timbrado assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermagem (ou quarto particular) e de UTI;
- f) Cópia dos exames médicos complementares realizados;
- g) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o
- h) primeiro titular da conta.

A SulAmérica poderá solicitar os documentos abaixo, caso seja necessário para avaliação do sinistro:

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado
- b) Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- c) Boletim de Ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim, se houver;
- d) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), se houver;
- e) Laudo do Exame de Corpo de Delito;
- f) Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etílica e/ou Toxicológica;

- g) Radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado e com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá(ão) estar assinado(s) por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado no Sinistro;
- h) Guia de primeiro atendimento médico de emergência/ urgência.

1.23.12. Beneficiário

O beneficiário da cobertura de Diária de Internação Hospitalar será o próprio segurado.

Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, as diárias devidas e não indenizadas serão pagas aos herdeiros do Segurado, conforme legislação em vigor.

Quando o segurado atingir 70 (setenta) anos de idade essa cobertura será automaticamente excluída da apólice

1.23.13. Indenização

O pagamento da indenização da cobertura de Diárias por internação hospitalar por doença ou acidente em UTI (DIH UTI), será realizado sob a forma de parcela única.

1.23.14. Cobertura geográfica

A cobertura de diária por internação hospitalar por doença ou acidente em UTI (DIH UTI) é válida somente para a internação em território brasileiro, ainda que a doença ou o acidente causador tenha ocorrido em qualquer parte do globo terrestre.



1.24. ADIANTAMENTO DE DOENÇA TERMINAL

a) O que esta coberto

Desde que contratada, consiste na antecipação parcial ou total, da indenização correspondente à cobertura de Morte, caso o Segurado seja diagnosticado com quadro clínico irreversível, portador de doença em fase terminal, e cuja expectativa de vida do Segurado seja de no máximo até 12 (doze) meses a partir da data do diagnóstico da doença terminal.

b) O que não esta coberto

Não estão cobertos os diagnósticos de doença terminal que tenham como tempo de expectativa de vida do segurado, declarado pelo médico prazo superior a 12 meses a partir da data do diagnóstico do estado de doença terminal.

Esta cobertura de seguro não cobrirá diagnóstico de doença terminal do segurado se esta for decorrente dos eventos mencionados nos itens relativos aos riscos excluídos e à perda dos direitos.

1.24.1. Liquidação do sinistro

Para a regulação do Sinistro deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;
- b) Relatório Médico integralmente preenchido e assinado pelo médico do segurado, indicando o início da doença, a data em que foi diagnosticada, a data da efetiva caracterização da doença terminal, detalhando aspectos relativos à referida patologia e que se trata de quadro irreversível;
- c) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, comprobatórios do início da doença, incluindo laudos e resultados de exames;

- d) Documento de identificação: Carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação do Segurado;
- e) CPF;
- f) Comprovante de residência do Segurado;
- g) Laudo médico com o diagnóstico da doença terminal e indicando o prazo de expectativa de vida do Segurado a partir da data do diagnóstico da doença terminal, devidamente preenchido e assinado pelo médico do Segurado;

1.24.2. Beneficiário

O beneficiário da cobertura de Adiantamento por Doença Terminal será o Segurado, o Curador ou a quem o represente juridicamente.

1.24.3. Indenização

A indenização será paga de uma única vez e o capital não será reintegrado, resultando no cancelamento da cobertura.

1.24.4. Cancelamento

Em caso de pagamento de adiantamento de 100% do valor do capital da cobertura de morte, acarretará o cancelamento da apólice.

A coberturas Adiantamento por Doença Terminal só poderá ser contratada juntamente com a cobertura de Morte.



1.25. FILHOS POSTUMOS

a) O que está coberto

Desde que contratada, garante o pagamento de indenização em caso de falecimento de um dos pais (pai ou mãe), ou em caso de falecimento do pai e da mãe, durante o período gestacional. No caso de falecimento do pai, será observado o máximo de 300 (trezentos) dias a contar da data da concepção do nascituro.

Para fins desta cobertura, entende-se como período gestacional aquele ocorrido entre a concepção e o momento do parto.

b) O que não está coberto

1.25.1. Não terá direito à indenização desta cobertura se o período gestacional estiver em curso no momento da contratação desta cobertura.

1.25.2. Além dos riscos mencionados na cláusula 6 destas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, para a cobertura de filhos póstumos os eventos abaixo especificados:

- a) Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do pai ou da mãe;
- b) Natimorto;
- c) Adoção;

1.25.3. Liquidação do sinistro

Para a regulação do Sinistro deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;
- b) Relatório Médico preenchido e assinado, pelo médico do Segurado, detalhando e atestando o seu quadro clínico;
- c) Certidão de óbito do responsável legal;
- d) Documento de identificação: Carteira de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação - CNH;
- e) CPF;
- f) Comprovante de residência
- g) Certidão de Nascimento, contendo paternidade e maternidade do titular e responsável legal.

1.25.4. Beneficiário

Os beneficiários da cobertura de Filhos Póstumos serão o pai ou a mãe, ou na falta de ambos, ao responsável legal do nascituro.

1.25.5. Indenização

O pagamento da indenização da cobertura de Filhos Póstumos será realizado sob a forma de parcela única e será feito ao pai ou a mãe, ou no caso de falecimento de ambos, ao responsável legal do nascituro.

1.25.6. Cancelamento

Após o pagamento da indenização, o capital segurado não será reintegrado, resultando no cancelamento da cobertura.

2. Capital segurado



2.1. O Capital Segurado será em moeda corrente nacional, em quantia de livre escolha do Segurado e estabelecido na Proposta de Contratação, respeitados os limites máximos de contratação fixados e divulgados pela SulAmérica.

2.2. É permitido ao Proponente contratar mais de um seguro complementar ao primeiro, desde que a soma dos Capitais Segurados de todos os seguros contratados não exceda ao limite máximo determinado pela SulAmérica.

2.3. Caso o Segurado venha a submeter outra Proposta de Contratação, sem prejuízo da existência de outras razões que determinem a sua recusa, poderá ele ser recusado também na hipótese de a soma dos Capitais Segurados referentes a cada Proposta de Contratação, no âmbito deste Seguro, exceder o limite máximo de aceitação em vigor, com que opera a SulAmérica.

2.3.1. O capital segurado poderá ser alterado por solicitação do segurado, desde que haja expressa concordância da SulAmérica com o novo valor proposto.

2.3.2. Após alteração do capital segurado que venha a aumentá-lo, será aplicado novo prazo de carência ao valor da diferença entre o novo capital segurado e o antigo capital segurado.

2.3.3. No caso da aceitação da alteração do capital segurado será enviada nova apólice com os novos capitais segurados.

2.4. Se a SulAmérica não for cientificada oportunamente da alteração do capital segurado, na hipótese de sinistro, será pago o capital segurado estabelecido anteriormente.

3. Riscos excluídos



3.1. Mesmo durante a vigência do seguro, a SulAmérica não realizará o pagamento da indenização ao segurado ou beneficiário, caso o sinistro ocorra por consequência, direta ou indireta, de:

- a) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública ou delas decorrentes;
- b) Uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- c) Doença ou lesão de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação;
- d) Suicídio voluntário ou involuntário, premeditado ou não, ou a sua tentativa, caso ocorra nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice ou da solicitação de aumento do capital segurado contratado;
- e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
- f) Atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes ou administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, no caso de seguro contratado por pessoa jurídica;
- g) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas ou quaisquer outras catástrofes da natureza;
- h) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;

- i) Ato terrorista ou assemelhado, cabendo à SulAmérica comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública por autoridade pública competente;
- j) Epidemia e/ou pandemia declarada por autoridade competente;
- k) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- l) perda de dentes ou danos estéticos alvo os eventos garantidos pela cobertura de DMHO ; e
- m) Das situações em que, ainda que reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nestas condições.

3.2. Não se considera riscos excluídos os eventos decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, a prestação do serviço militar, a prática de esporte, ou os atos de humanidade em auxílio de outrem.

4. Carências



4.1. É o período durante o qual o segurado não terá direito às garantias deste seguro.

4.2. As carências são estabelecidas de acordo com cada cobertura, cuja contagem inicia-se a partir do início de vigência do seguro.

4.3. Não haverá carência para as coberturas de morte, morte do cônjuge, morte acidental, invalidez permanente total ou parcial por acidente, invalidez permanente por acidente majorada, invalidez funcional permanente total por doença, despesas médicas hospitalares e odontológicas, funeral, aquisição de jazigo, acessibilidade física, adiantamento por doença terminal, filhos póstumos e diária de internação hospitalar por acidente.

5. Beneficiários



5.1. No caso da ocorrência do Evento Coberto, a indenização correspondente ao Capital Segurado será devida ao Segurado ou aos Beneficiários, obedecidos os seguintes requisitos:

5.2. É livre a indicação dos Beneficiários pelo Segurado, que poderá realizar alterações, inclusões ou exclusões de Beneficiários a qualquer tempo, mediante solicitação por escrito.

5.3. Quando for designado mais de um Beneficiário, o Segurado deverá indicar o percentual da Indenização destinado a cada um deles. Na ausência de distribuição, o pagamento da Indenização será realizado de forma proporcional ao número de Beneficiários.

5.4. O Segurado poderá, a qualquer tempo, substituir os Beneficiários indicados, bem como o percentual de participação de cada um, mediante comunicação por escrito à SulAmérica.

5.5. Caso a SulAmérica não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o Capital Segurado aos antigos Beneficiários designados.

5.6. Caso um ou mais Beneficiários venham a falecer antes do Segurado, o Capital Segurado será redistribuído entre os remanescentes em partes proporcionais, observado o percentual indicado de participação de cada um.

5.7. Uma pessoa jurídica só poderá figurar como Beneficiária se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição, devendo ser acompanhada de justificativa a ser analisada pela SulAmérica.

5.8. Caso o segurado não tenha indicado beneficiários, ou na falta destes, serão considerados como tais os sucessores legítimos, observada a legislação vigente.

5.9. É válida a instituição de companheiro (a) como Beneficiário, se ao tempo da contratação do seguro o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato ou solteiro.

5.10. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente (Cônjuge), o capital segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário.

6. Âmbito geográfico das coberturas

6.1. Não há qualquer restrição geográfica, sendo a cobertura deste seguro válida em todo o globo terrestre. Exceto, para as coberturas de diária por incapacidade temporária, diária por internações hospitalares, bem como, para a prestação do serviço funeral a cobertura será somente em território nacional.

« RETORNO AO ÍNDICE

Tudo o que você precisa saber sobre o contrato


SulAmérica

Resumo



Fases do contrato:

O momento de proteção possui três momentos para SulAmérica e Segurado:

- 1. Contratação:** Processo **100% online e rápido** pelos canais SulAmérica.



Regra: Ter entre **14 e 65** anos de idade para contratação da proteção.

- 2. Aceitação:** Fluxo automático para a maioria das solicitações.
- 3. Manutenção da proteção:** Conte sempre com nossos **serviços online** de pós-venda: Segunda via de boleto, alteração de beneficiários e muito mais.
- 4. Renovação:** Renovação automática de forma tranquila, mantendo nossos segurados protegidos.

Aceitação



Depois de realizada a contratação do seguro, sua solicitação é enviada para análise da SulAmérica (**prazo máximo de 15 dias**).



Sendo **Aprovada**, sua aceitação será automática e após o pagamento a SulAmérica emitirá a apólice com a data de início de vigência e as informações da contratação



Em caso de **Reprovação**, a SulAmérica se compromete a sinalizar o motivo da recusa por meio de comunicação formal, com a respectiva devolução em caso de pagamento antecipado.



Importante: O segurado perderá o direito à indenização caso haja omissão de informações essenciais ou declarações inexatas que possam influenciar na aprovação da proposta.

Pagamento

O pagamento do seguro poderá ser feita através das seguintes formas:



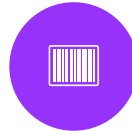
Cartão de Crédito: Não bloqueia o limite do cartão e você acumula pontos.



PIX: Disponível a partir de qualquer instituição bancária.



Débito Automático: Deve ser autorizado junto ao seu banco.



Boleto: Disponível apenas via contratação com corretores.

Importante:

- A contratação não será concluída caso não haja o pagamento da primeira parcela.
- Na ausência do débito na conta corrente ou no cartão de crédito cadastrado, automaticamente a forma de pagamento do contrato será via boleto bancário.
- Caso você atrase o pagamento do seu boleto, não se preocupe em solicitar a segunda via em até 60 dias, você pode utilizar o boleto vencido para pagar a parcela.

Manutenção

Após a contratação da sua proteção a única preocupação será pagar o seu seguro em dia e aproveitar o que a vida tem de melhor!

Vigência e Renovação

Sua proteção possui duração de um ano e terá renovação automática no primeiro ano, sendo que o custo mensal e o valor de indenização terão uma pequena alteração de acordo com a inflação (IPCA) e idade.

Cancelamento

O cancelamento do seguro pode ocorrer de três formas:



Solicitação do segurado a qualquer momento



60 dias de pagamento em atraso



Fraude ou tentativa de fraude na contratação ou vigência do seguro

1. Aceitação do seguro



1.1. Poderá ser aceito como Segurado todo Proponente com idade mínima de 14 (quatorze) e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos de idade, exceto para contratação da cobertura DIT.

1.1.1. Para contratação da cobertura de diárias por incapacidade temporária a idade mínima de contratação será de 18 (dezoito) anos.

1.2. A contratação do seguro se formalizará por meio da assinatura da Proposta de Contratação pelo Proponente, bem como, a entrega de documentos que a seguradora julgar necessários, contendo os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. A Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade – DPSA é parte integrante da Proposta de Contratação, ficando a sua dispensa a critério da SulAmérica.

1.3. Inclusão de Cônjuge

1.3.1. A inclusão de cônjuge do Segurado Principal neste seguro, na qualidade de Segurado Dependente, e desde que esteja em perfeitas condições de saúde poderá ser feita de forma facultativa, ou seja, quando houver solicitação por escrito, por opção do Proponente ou Segurado Principal, de inclusão de Cobertura para Morte do seu cônjuge, mediante pagamento de prêmio adicional.

1.3.2. Havendo a contratação da Cobertura de Morte do Segurado Dependente Cônjuge, a morte deste, desde que coberta e não decorrente de riscos excluídos, garante ao Segurado Principal o pagamento do Capital Segurado previsto, que não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Morte do Segurado Principal.

1.3.3. Não são extensivas ao cônjuge as demais coberturas deste seguro.

1.3.4. Equipara-se ao cônjuge a (o) companheira (o) do Segurado Principal, desde que comprovada, documentalmente, no momento do sinistro a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

1.3.5. Ao Segurado Principal, o qual será responsável por prestar informações verdadeiras, caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge.

1.3.6. Desfeita a sociedade conjugal ou a união estável, canceladas estarão automaticamente, as coberturas contratadas para o segurado dependente incluído na condição de cônjuge, independente desse fato ter sido, ou não, comunicado pelo segurado principal à seguradora e ter havido pagamento de prêmio. neste caso os eventuais prêmios pagos serão devolvidos e atualizados pelo ipca/ibge pró-rata temporis desde a data de pagamento até a sua efetiva restituição. todavia, a indicação do(a) ex-cônjuge/companheiro(a) como beneficiário(a) do seguro permanecerá válida, a não ser que ocorra a alteração, pelo titular.

1.4. A aceitação do seguro pela SulAmérica está sujeita à análise do risco de cada proponente.

1.5. Os Proponentes menores, por ocasião do preenchimento da Proposta de Contratação, serão representados ou assistidos pelos pais, tutores ou curadores, observada a legislação vigente.

1.6. Na Proposta de Contratação deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à SulAmérica avaliar as condições de Aceitação ou recusa do risco. Devendo o Proponente, além de assinar, preencher todos os campos aplicáveis do formulário. Indicando, inclusive, seus beneficiários e o percentual de participação de cada um no capital segurado.

1.7. Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de contratação ou na mensuração do prêmio, perderá o direito à indenização, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

1.7.1. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a SulAmérica terá direito a rescindir o contrato, ou a cobrar, mesmo após a ocorrência do sinistro, a diferença do prêmio.

1.8. A partir da data de protocolo da Proposta de Contratação, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco, a sua aceitação se dará automaticamente, caso não haja manifestação em contrário por parte da SulAmérica no prazo máximo de 15 (quinze) dias.

1.9. O prazo a que se refere o item anterior poderá ser suspenso, por apenas uma vez, nos casos em que seja necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco. A suspensão cessará com a protocolização dos documentos ou dos dados solicitados para análise do risco.

1.10. A SulAmérica deverá, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da SulAmérica, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

1.11. O proponente estará coberto apenas pelas coberturas básicas de Morte ou Morte Acidental, conforme contratadas, durante o período de análise do risco. Eventuais outras coberturas que foram escolhidas pelo proponente não terão cobertura durante o período de análise do risco.

1.12. O Após análise do risco, em caso de recusa, a cobertura provisória será encerrada imediatamente. Caso tenha ocorrido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor de tal adiantamento passa a ser devido ao proponente a partir da data da formalização da recusa pela seguradora, devendo ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias, corridos, deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizado monetariamente pela variação do Indexador estabelecido no plano.

1.13. As obrigações da SulAmérica decorrentes do plano contratado, somente serão exigíveis após a aceitação da respectiva proposta de contratação.

1.14. A SulAmérica emitirá uma Apólice para cada Segurado, no início de Vigência do seguro contendo as informações sobre o Risco Coberto contratado.

2. Vigência



2.1. Este seguro é por prazo determinado e terá vigência de 1 (um) ano, tendo a SulAmérica a faculdade de não renovar a apólice no término da respectiva vigência, sem a devolução dos prêmios pagos, nos termos da legislação e destas condições gerais.

2.2. O seguro será renovado automaticamente ao final do primeiro período de Vigência, por igual período, salvo se a SulAmérica ou o Segurado comunicar, por escrito, o desinteresse na renovação, mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias.

2.3. A renovação automática do seguro só poderá ocorrer uma única vez, devendo as renovações posteriores ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.

2.4. O início e término de Vigência do seguro serão às 24h00min das datas indicadas para tal fim na Proposta de contratação e na Apólice.

2.4.1. Quando a Proposta de Contratação for recepcionada sem o pagamento do Prêmio, o início da Vigência do seguro será a data da sua Aceitação ou outra data expressamente acordada entre a SulAmérica e o Segurado.

2.4.2. Quando a Proposta de Contratação for recepcionada com o pagamento do Prêmio, o início da Vigência será a data de recepção da Proposta de Contratação pela SulAmérica, caso não seja recusada pela SulAmérica no prazo de 15 (quinze) dias, sendo que haverá Cobertura durante a análise do risco.

2.5. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a vigência do seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

3. Atualização do capital segurado e prêmio



3.1. Os Capitais Segurados e os Prêmios de cada Segurado serão atualizados anualmente com base na variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE ou na falta deste o índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC/IBGE, acumulada nos últimos 12 (doze) meses que antecedem o 3º (terceiro) mês anterior ao aniversário do seguro ou, no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

3.2. Quando a periodicidade de pagamento do Prêmio for anual, o Capital Segurado será atualizado desde a data da última atualização do Prêmio até a data de ocorrência do Evento Coberto.

3.3. Além da atualização monetária, o valor dos prêmios relativo às coberturas de morte e aquisição de jazigo sofrerão acréscimo em decorrência da mudança da faixa etária do segurado e conseqüente aumento de risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano, na forma da lei.

3.4. O acréscimo de que trata o item anterior será realizado anualmente, na data de aniversário da apólice, de acordo com a mudança de idade do segurado, conforme a tabelas abaixo:

Ajuste por idade - Cobertura de Morte e Funeral

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	11,33%	22,48%	29	1,60%	1,61%	43	9,54%	7,15%	57	8,83%	10,39%
16	10,18%	18,41%	30	1,57%	1,62%	44	14,35%	10,67%	58	8,11%	9,41%
17	9,24%	15,50%	31	1,55%	1,56%	45	12,55%	9,63%	59	12,53%	14,83%
18	8,46%	13,46%	32	1,53%	1,57%	46	11,15%	8,79%	60	11,13%	12,91%
19	7,80%	11,86%	33	1,50%	1,51%	47	10,03%	8,08%	61	10,02%	11,44%
20	7,23%	10,57%	34	5,93%	5,46%	48	9,12%	7,48%	62	9,11%	10,26%
21	6,74%	9,59%	35	5,59%	5,15%	49	14,55%	15,74%	63	8,35%	9,31%
22	6,32%	8,73%	36	5,30%	4,92%	50	12,70%	13,61%	64	12,53%	14,83%
23	5,94%	8,05%	37	5,03%	4,66%	51	11,27%	11,97%	65	11,14%	12,91%
24	-7,80%	-6,77%	38	4,79%	4,48%	52	10,13%	10,70%	66	12,00%	12,00%
25	-8,47%	-7,23%	39	15,43%	10,01%	53	9,20%	9,66%	67	12,00%	12,00%
26	-9,25%	-7,82%	40	13,37%	9,08%	54	12,01%	15,10%	68	12,00%	12,00%
27	-10,19%	-8,49%	41	11,79%	8,34%	55	10,72%	13,11%	69	12,00%	12,00%
28	-11,35%	-9,25%	42	10,55%	7,70%	56	9,68%	11,60%	70	12,00%	12,00%

3.4.1. Após o(a) Segurado(a) atingir 70 (setenta) anos de idade, os planos referentes às coberturas de Morte e Funeral será reenquadrado a cada aniversário da apólice, com acréscimo de 12% para homens e mulheres.

3.4.2. Para a cobertura de Doenças Graves, após o(a) Segurado(a) atingir 70 (setenta) anos de idade, os planos referentes à cobertura serão reenquadrados a cada aniversário da apólice, com acréscimo de 12% para homens e mulheres.

Ajuste por Idade - Cobertura de Doenças Graves - (Acidente Vascular Cerebral)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	0,00%	0,00%	29	11,54%	6,50%	43	11,42%	10,34%	57	11,25%	11,70%
16	2,67%	2,91%	30	11,08%	6,32%	44	10,88%	9,93%	58	10,75%	11,37%
17	2,39%	2,36%	31	10,86%	6,05%	45	11,83%	9,59%	59	10,26%	10,99%
18	1,91%	1,69%	32	10,40%	5,99%	46	12,80%	9,19%	60	9,77%	10,60%
19	1,25%	1,36%	33	9,96%	5,83%	47	12,25%	8,86%	61	9,31%	10,20%
20	1,03%	0,89%	34	9,64%	5,68%	48	11,71%	8,55%	62	8,85%	9,82%
21	0,41%	0,44%	35	13,22%	9,13%	49	11,20%	8,23%	63	8,43%	9,44%
22	0,00%	0,00%	36	16,66%	12,85%	50	10,71%	7,95%	64	8,02%	9,07%
23	-0,40%	-0,44%	37	15,76%	12,64%	51	10,28%	7,67%	65	7,89%	9,62%
24	-0,81%	-0,89%	38	14,94%	12,34%	52	9,85%	7,41%	66	7,72%	10,18%
25	5,53%	5,51%	39	14,11%	11,98%	53	9,45%	7,16%	67	7,35%	9,83%
26	12,43%	6,92%	40	13,34%	11,58%	54	9,09%	6,94%	68	7,00%	9,48%
27	12,26%	6,87%	41	12,66%	11,13%	55	10,90%	9,39%	69	6,66%	9,13%
28	12,00%	6,55%	42	12,03%	10,73%	56	11,72%	11,95%	70	6,33%	8,79%

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Anemia Aplástica)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	0,00%	0,00%	29	0,00%	0,00%	43	3,84%	0,00%	57	5,65%	5,55%
16	0,00%	0,00%	30	6,64%	5,86%	44	7,39%	4,75%	58	5,35%	5,25%
17	0,00%	0,00%	31	0,00%	0,00%	45	3,44%	0,00%	59	5,08%	4,99%
18	0,00%	0,00%	32	6,22%	0,00%	46	6,65%	4,53%	60	6,44%	4,75%
19	0,00%	0,00%	33	5,86%	0,00%	47	3,12%	4,34%	61	6,05%	6,81%
20	0,00%	6,64%	34	0,00%	0,00%	48	6,05%	4,16%	62	5,71%	6,37%
21	0,00%	0,00%	35	5,54%	0,00%	49	5,70%	3,99%	63	5,40%	5,99%
22	0,00%	0,00%	36	5,24%	5,54%	50	5,40%	3,84%	64	6,40%	5,65%
23	0,00%	0,00%	37	4,98%	0,00%	51	5,12%	3,69%	65	7,22%	5,35%
24	0,00%	6,22%	38	4,75%	0,00%	52	4,87%	3,56%	66	6,74%	6,77%
25	0,00%	0,00%	39	4,53%	0,00%	53	4,64%	6,88%	67	7,36%	6,34%
26	0,00%	0,00%	40	4,34%	5,24%	54	4,44%	3,22%	68	7,84%	7,46%
27	7,11%	0,00%	41	4,16%	0,00%	55	6,37%	6,24%	69	7,27%	6,94%
28	0,00%	0,00%	42	3,99%	4,98%	56	5,99%	5,87%	70	8,47%	6,49%

SulAmérica Vida Individual

Coberturas: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, IPA, IPA-M, DMHO, Doenças Graves, Aquisição de Jazigo, IFPD, DIT com LER, DORT, LTC e Hérnia, DIT sem LER, DORT, LTC e Hérnia, Funeral, ACF, DIH Doença ou Acidente, DIH por Acidente, DIH UTI, Adiantamento por Doença Terminal e Filhos Póstumos.

Processo SUSEP n° 15414.900707/2013-56

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Angioplastia Coronária)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	N/A	N/A	29	68,09%	55,56%	43	10,45%	10,51%	57	7,46%	13,17%
16	N/A	N/A	30	67,09%	64,29%	44	8,34%	9,85%	58	7,01%	12,07%
17	N/A	N/A	31	67,42%	65,22%	45	6,32%	9,02%	59	6,56%	11,08%
18	N/A	N/A	32	66,97%	68,42%	46	15,16%	19,28%	60	6,14%	10,18%
19	N/A	N/A	33	67,48%	65,63%	47	14,13%	19,24%	61	5,73%	9,35%
20	N/A	N/A	34	67,48%	67,92%	48	13,22%	19,26%	62	5,33%	8,58%
21	100,00%	0,00%	35	57,68%	57,30%	49	12,39%	19,23%	63	4,94%	7,88%
22	50,00%	0,00%	36	47,30%	46,07%	50	11,66%	19,26%	64	4,55%	7,21%
23	33,33%	0,00%	37	38,94%	37,90%	51	10,84%	19,21%	65	4,17%	6,57%
24	50,00%	100,00%	38	33,17%	32,09%	52	10,18%	19,21%	66	3,80%	5,97%
25	66,67%	0,00%	39	29,00%	28,05%	53	9,57%	19,21%	67	3,43%	5,40%
26	70,00%	50,00%	40	25,76%	14,88%	54	9,00%	17,38%	68	3,06%	4,84%
27	64,71%	66,67%	41	15,27%	11,68%	55	8,46%	15,78%	69	2,68%	4,30%
28	67,86%	80,00%	42	12,72%	11,11%	56	7,95%	14,40%	70	2,30%	3,77%

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Cirurgia da Aorta)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	0,00%	0,00%	29	14,29%	0,00%	43	10,00%	16,67%	57	25,63%	22,98%
16	0,00%	0,00%	30	12,50%	0,00%	44	12,12%	14,29%	58	22,83%	20,54%
17	50,00%	0,00%	31	11,11%	0,00%	45	10,81%	0,00%	59	20,58%	18,82%
18	0,00%	0,00%	32	10,00%	50,00%	46	9,76%	12,50%	60	18,74%	17,23%
19	0,00%	0,00%	33	9,09%	0,00%	47	11,11%	11,11%	61	16,60%	15,38%
20	0,00%	0,00%	34	8,33%	0,00%	48	12,00%	10,00%	62	15,58%	14,73%
21	33,33%	0,00%	35	7,69%	0,00%	49	12,50%	18,18%	63	14,47%	13,67%
22	0,00%	0,00%	36	14,29%	33,33%	50	258,73%	238,46%	64	13,65%	12,76%
23	0,00%	0,00%	37	12,50%	0,00%	51	108,85%	109,09%	65	12,33%	11,52%
24	25,00%	0,00%	38	11,11%	0,00%	52	70,13%	68,48%	66	11,97%	11,36%
25	0,00%	0,00%	39	10,00%	25,00%	53	51,81%	50,97%	67	11,20%	10,77%
26	20,00%	100,00%	40	9,09%	0,00%	54	41,10%	41,03%	68	6,49%	6,41%
27	16,67%	0,00%	41	12,50%	20,00%	55	34,19%	33,64%	69	5,18%	5,47%
28	0,00%	0,00%	42	11,11%	0,00%	56	29,33%	29,25%	70	3,69%	3,86%

SulAmérica Vida Individual

Coberturas: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, IPA, IPA-M, DMHO, Doenças Graves, Aquisição de Jazigo, IFPD, DIT com LER, DORT, LTC e Hérnia, DIT sem LER, DORT, LTC e Hérnia, Funeral, ACF, DIH Doença ou Acidente, DIH por Acidente, DIH UTI, Adiantamento por Doença Terminal e Filhos Póstumos.

Processo SUSEP n° 15414.900707/2013-56

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Cirurgia das Valvas Cardíacas)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	0,00%	0,00%	29	9,68%	10,42%	43	10,90%	15,07%	57	6,55%	7,13%
16	12,63%	17,50%	30	9,45%	9,81%	44	10,44%	13,81%	58	8,03%	8,42%
17	14,02%	19,15%	31	8,83%	9,28%	45	9,96%	12,93%	59	8,33%	10,35%
18	13,93%	17,86%	32	8,64%	9,12%	46	9,52%	12,09%	60	8,11%	9,91%
19	14,39%	16,67%	33	8,12%	8,65%	47	9,20%	11,35%	61	7,89%	9,54%
20	13,21%	16,88%	34	8,11%	8,22%	48	8,81%	10,70%	62	7,66%	9,17%
21	13,33%	15,56%	35	7,64%	8,09%	49	8,53%	10,18%	63	7,46%	8,83%
22	12,75%	15,38%	36	7,48%	7,71%	50	8,29%	9,60%	64	7,27%	8,52%
23	12,61%	13,33%	37	7,20%	7,37%	51	7,85%	9,14%	65	7,08%	8,22%
24	11,58%	13,97%	38	6,94%	7,06%	52	7,62%	8,76%	66	6,89%	7,94%
25	11,42%	12,26%	39	8,38%	6,96%	53	7,40%	8,34%	67	6,72%	5,88%
26	10,87%	12,07%	40	12,75%	6,68%	54	7,15%	8,03%	68	2,22%	1,99%
27	10,64%	11,28%	41	12,17%	18,14%	55	6,93%	7,70%	69	1,61%	1,23%
28	9,87%	10,60%	42	11,46%	16,30%	56	6,73%	7,41%	70	1,02%	0,50%

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (Bypass)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	N/A	N/A	29	40,00%	0,00%	43	26,67%	0,00%	57	10,98%	20,32%
16	N/A	N/A	30	385,71%	0,00%	44	29,31%	100,00%	58	10,01%	17,54%
17	N/A	N/A	31	64,71%	0,00%	45	29,68%	150,00%	59	9,33%	15,58%
18	N/A	N/A	32	66,07%	0,00%	46	28,61%	100,00%	60	8,48%	13,69%
19	N/A	N/A	33	66,67%	0,00%	47	26,86%	150,00%	61	7,68%	12,09%
20	N/A	N/A	34	66,45%	0,00%	48	24,84%	144,00%	62	6,93%	10,68%
21	50,00%	N/A	35	57,36%	0,00%	49	22,80%	147,54%	63	6,21%	9,43%
22	66,67%	N/A	36	43,10%	0,00%	50	20,89%	147,02%	64	5,52%	8,30%
23	40,00%	N/A	37	35,11%	0,00%	51	18,95%	146,65%	65	4,85%	7,27%
24	71,43%	0,00%	38	29,68%	0,00%	52	17,30%	70,11%	66	4,24%	6,34%
25	66,67%	0,00%	39	25,64%	0,00%	53	15,78%	47,03%	67	3,59%	5,42%
26	-90,00%	0,00%	40	9,15%	0,00%	54	14,41%	35,55%	68	2,95%	4,54%
27	50,00%	0,00%	41	14,90%	0,00%	55	13,16%	28,63%	69	2,30%	3,70%
28	66,67%	0,00%	42	21,57%	0,00%	56	12,03%	23,88%	70	1,68%	2,87%

SulAmérica Vida Individual

Coberturas: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, IPA, IPA-M, DMHO, Doenças Graves, Aquisição de Jazigo, IFPD, DIT com LER, DORT, LTC e Hérnia, DIT sem LER, DORT, LTC e Hérnia, Funeral, ACF, DIH Doença ou Acidente, DIH por Acidente, DIH UTI, Adiantamento por Doença Terminal e Filhos Póstumos.

Processo SUSEP nº 15414.900707/2013-56

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Coma por Traumatismo Crânio-Encefálico)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	17,07%	8,48%	29	-0,22%	-1,13%	43	0,97%	2,07%	57	0,90%	2,63%
16	14,58%	7,87%	30	-0,21%	-1,09%	44	0,95%	2,02%	58	0,87%	3,97%
17	12,74%	7,30%	31	-0,22%	-1,15%	45	0,95%	1,98%	59	0,85%	3,82%
18	2,66%	1,52%	32	-0,22%	-1,17%	46	0,93%	1,90%	60	0,85%	3,65%
19	2,60%	1,49%	33	-0,37%	1,23%	47	0,92%	1,91%	61	0,84%	3,55%
20	2,52%	1,47%	34	-0,37%	1,22%	48	2,75%	1,05%	62	0,83%	3,43%
21	2,47%	1,45%	35	-0,37%	1,25%	49	2,68%	0,99%	63	3,14%	7,44%
22	2,40%	1,43%	36	-0,38%	1,19%	50	2,61%	0,98%	64	3,04%	6,95%
23	2,37%	-3,42%	37	-0,38%	1,17%	51	2,54%	1,01%	65	2,95%	6,48%
24	2,31%	-3,50%	38	1,40%	0,15%	52	2,48%	0,96%	66	2,87%	6,11%
25	2,26%	-3,67%	39	1,39%	0,14%	53	0,94%	2,98%	67	2,79%	5,73%
26	2,21%	-3,81%	40	1,36%	0,10%	54	0,92%	2,86%	68	5,66%	11,96%
27	2,16%	-3,92%	41	1,35%	0,14%	55	0,92%	2,78%	69	5,35%	10,68%
28	-0,22%	-1,12%	42	1,33%	0,14%	56	0,91%	2,74%	70	5,09%	9,65%

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Doença de Alzheimer)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	N/A	N/A	29	0,00%	N/A	43	24,59%	0,00%	57	17,61%	21,17%
16	N/A	N/A	30	0,00%	N/A	44	19,74%	32,61%	58	19,97%	19,97%
17	N/A	N/A	31	0,00%	N/A	45	0,00%	24,59%	59	18,72%	18,72%
18	N/A	N/A	32	0,00%	0,00%	46	16,48%	19,74%	60	17,52%	21,03%
19	N/A	N/A	33	93,75%	0,00%	47	14,15%	16,48%	61	19,38%	18,82%
20	N/A	N/A	34	0,00%	0,00%	48	24,79%	14,15%	62	19,98%	20,71%
21	N/A	N/A	35	0,00%	0,00%	49	9,93%	24,79%	63	19,78%	21,20%
22	N/A	N/A	36	0,00%	0,00%	50	18,07%	9,93%	64	19,99%	20,82%
23	N/A	N/A	37	0,00%	0,00%	51	15,31%	27,11%	65	21,00%	22,06%
24	0,00%	N/A	38	48,39%	0,00%	52	19,91%	14,22%	66	20,95%	21,46%
25	0,00%	N/A	39	0,00%	93,75%	53	16,61%	18,67%	67	21,77%	22,78%
26	0,00%	N/A	40	0,00%	0,00%	54	18,99%	20,98%	68	22,35%	23,13%
27	0,00%	N/A	41	32,61%	0,00%	55	15,96%	21,68%	69	22,61%	23,38%
28	0,00%	N/A	42	0,00%	48,39%	56	17,20%	17,81%	70	23,32%	23,95%

SulAmérica Vida Individual

Coberturas: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, IPA, IPA-M, DMHO, Doenças Graves, Aquisição de Jazigo, IFPD, DIT com LER, DORT, LTC e Hérnia, DIT sem LER, DORT, LTC e Hérnia, Funeral, ACF, DIH Doença ou Acidente, DIH por Acidente, DIH UTI, Adiantamento por Doença Terminal e Filhos Póstumos.

Processo SUSEP nº 15414.900707/2013-56

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Doença de Parkinson)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	0,00%	0,00%	29	0,00%	0,00%	43	13,27%	9,93%	57	17,73%	17,55%
16	0,00%	0,00%	30	0,00%	0,00%	44	17,58%	18,07%	58	17,80%	17,23%
17	0,00%	0,00%	31	32,61%	48,39%	45	14,95%	15,31%	59	18,02%	17,64%
18	0,00%	0,00%	32	0,00%	0,00%	46	13,01%	13,27%	60	18,22%	16,66%
19	0,00%	0,00%	33	24,59%	0,00%	47	15,35%	11,72%	61	17,91%	17,85%
20	0,00%	0,00%	34	0,00%	32,61%	48	16,63%	15,73%	62	18,04%	16,96%
21	0,00%	0,00%	35	19,74%	0,00%	49	17,11%	18,13%	63	17,66%	17,09%
22	0,00%	0,00%	36	16,48%	24,59%	50	17,05%	15,35%	64	18,08%	16,81%
23	0,00%	0,00%	37	14,15%	0,00%	51	16,64%	13,30%	65	17,68%	16,66%
24	93,75%	0,00%	38	12,40%	19,74%	52	16,05%	17,61%	66	17,59%	16,25%
25	0,00%	0,00%	39	11,03%	16,48%	53	16,91%	17,47%	67	17,29%	15,92%
26	0,00%	93,75%	40	19,87%	14,15%	54	17,09%	14,87%	68	16,87%	15,67%
27	0,00%	0,00%	41	8,29%	12,40%	55	17,96%	18,50%	69	16,72%	15,22%
28	48,39%	0,00%	42	15,31%	11,03%	56	18,08%	15,61%	70	16,28%	14,65%

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	-10,28%	-3,52%	29	1,63%	2,87%	43	18,75%	18,28%	57	10,68%	9,53%
16	-11,46%	-3,80%	30	1,60%	2,79%	44	15,79%	15,51%	58	19,54%	14,08%
17	-12,76%	-3,79%	31	1,58%	2,72%	45	13,64%	13,38%	59	16,35%	12,35%
18	-0,60%	-2,13%	32	1,55%	2,64%	46	12,00%	11,80%	60	14,06%	10,99%
19	-0,40%	-2,35%	33	4,59%	7,88%	47	10,71%	10,59%	61	12,32%	9,91%
20	-0,40%	-2,41%	34	4,39%	7,30%	48	20,60%	19,61%	62	10,98%	9,01%
21	-0,61%	-2,46%	35	4,36%	6,81%	49	17,08%	16,42%	63	12,68%	7,50%
22	-0,41%	-2,35%	36	4,03%	6,37%	50	14,59%	14,08%	64	11,25%	6,97%
23	2,26%	1,11%	37	3,87%	5,99%	51	12,76%	12,36%	65	10,11%	6,52%
24	2,21%	1,28%	38	14,50%	12,83%	52	11,29%	10,98%	66	9,19%	6,12%
25	2,36%	1,26%	39	12,67%	11,37%	53	18,60%	15,41%	67	8,41%	5,77%
26	2,11%	1,25%	40	11,24%	10,21%	54	15,68%	13,37%	68	11,97%	8,96%
27	2,07%	1,23%	41	10,01%	9,26%	55	13,56%	11,78%	69	10,69%	8,23%
28	1,66%	2,96%	42	9,19%	8,48%	56	11,94%	10,55%	70	9,66%	7,60%

SulAmérica Vida Individual

Coberturas: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, IPA, IPA-M, DMHO, Doenças Graves, Aquisição de Jazigo, IFPD, DIT com LER, DORT, LTC e Hérnia, DIT sem LER, DORT, LTC e Hérnia, Funeral, ACF, DIH Doença ou Acidente, DIH por Acidente, DIH UTI, Adiantamento por Doença Terminal e Filhos Póstumos.

Processo SUSEP n° 15414.900707/2013-56

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Doenças no Neurônio Motor)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	0,00%	0,00%	29	0,00%	93,75%	43	9,04%	16,48%	57	9,99%	12,88%
16	0,00%	0,00%	30	0,00%	0,00%	44	8,29%	14,15%	58	10,90%	14,26%
17	0,00%	0,00%	31	32,61%	0,00%	45	15,31%	0,00%	59	9,83%	12,48%
18	0,00%	0,00%	32	0,00%	0,00%	46	13,27%	12,40%	60	8,95%	11,09%
19	0,00%	0,00%	33	24,59%	0,00%	47	5,86%	22,06%	61	9,58%	11,98%
20	93,75%	0,00%	34	0,00%	48,39%	48	16,61%	9,04%	62	9,99%	8,92%
21	0,00%	0,00%	35	0,00%	0,00%	49	9,49%	8,29%	63	9,08%	11,46%
22	0,00%	0,00%	36	19,74%	0,00%	50	13,01%	15,31%	64	8,33%	8,81%
23	0,00%	0,00%	37	16,48%	32,61%	51	11,51%	13,27%	65	8,65%	8,10%
24	0,00%	0,00%	38	0,00%	0,00%	52	10,32%	11,72%	66	7,96%	8,74%
25	0,00%	0,00%	39	14,15%	0,00%	53	12,47%	15,73%	67	8,19%	8,04%
26	0,00%	0,00%	40	12,40%	24,59%	54	11,09%	13,60%	68	7,57%	6,38%
27	48,39%	0,00%	41	11,03%	0,00%	55	12,48%	11,97%	69	7,74%	7,00%
28	0,00%	0,00%	42	9,93%	19,74%	56	11,09%	10,69%	70	7,19%	5,60%

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Embolia Pulmonar)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	19,35%	40,43%	29	0,88%	5,47%	43	1,93%	2,03%	57	6,93%	0,93%
16	16,22%	28,79%	30	1,30%	5,18%	44	1,89%	1,99%	58	3,76%	4,36%
17	13,95%	22,35%	31	0,86%	4,93%	45	2,04%	1,96%	59	3,62%	4,17%
18	28,57%	42,31%	32	1,28%	4,70%	46	1,82%	1,92%	60	3,41%	4,01%
19	20,63%	29,05%	33	11,76%	3,82%	47	1,79%	1,88%	61	3,38%	3,85%
20	18,42%	22,51%	34	10,53%	3,84%	48	5,26%	1,02%	62	3,27%	3,71%
21	15,56%	18,38%	35	9,18%	3,70%	49	4,83%	1,01%	63	11,08%	8,87%
22	12,50%	15,52%	36	8,72%	3,57%	50	4,61%	1,00%	64	10,04%	8,09%
23	18,80%	9,06%	37	8,02%	3,44%	51	4,56%	0,90%	65	9,13%	7,48%
24	15,11%	8,60%	38	7,43%	7,21%	52	4,22%	0,98%	66	8,30%	7,01%
25	13,75%	7,65%	39	7,16%	6,86%	53	9,76%	1,06%	67	7,72%	6,50%
26	12,09%	7,35%	40	6,45%	6,30%	54	8,89%	0,96%	68	2,44%	4,10%
27	10,29%	6,62%	41	6,06%	6,04%	55	8,05%	0,95%	69	2,38%	3,99%
28	1,33%	5,78%	42	5,92%	5,59%	56	7,56%	1,02%	70	2,38%	3,79%

SulAmérica Vida Individual

Coberturas: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, IPA, IPA-M, DMHO, Doenças Graves, Aquisição de Jazigo, IFPD, DIT com LER, DORT, LTC e Hérnia, DIT sem LER, DORT, LTC e Hérnia, Funeral, ACF, DIH Doença ou Acidente, DIH por Acidente, DIH UTI, Adiantamento por Doença Terminal e Filhos Póstumos.

Processo SUSEP n° 15414.900707/2013-56

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Esclerose Múltipla)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	0,00%	0,00%	29	12,60%	8,90%	43	-2,02%	-3,11%	57	-6,56%	-7,38%
16	85,71%	74,23%	30	9,63%	4,26%	44	-2,46%	-3,65%	58	-7,02%	-7,17%
17	55,77%	46,45%	31	8,25%	3,66%	45	-2,93%	-4,21%	59	-7,68%	-6,96%
18	40,74%	33,74%	32	6,56%	2,89%	46	-3,16%	-4,78%	60	-8,32%	-6,64%
19	34,21%	27,04%	33	5,62%	2,38%	47	-3,04%	-5,12%	61	-8,32%	-6,85%
20	28,76%	22,35%	34	4,81%	1,88%	48	-3,14%	-5,57%	62	-8,58%	-6,88%
21	30,46%	19,83%	35	3,96%	1,41%	49	-3,24%	-6,05%	63	-8,66%	-6,97%
22	27,24%	17,52%	36	2,81%	0,83%	50	-3,35%	-6,51%	64	-9,09%	-6,95%
23	24,46%	15,60%	37	1,82%	0,29%	51	-3,87%	-6,67%	65	-9,35%	-6,99%
24	21,87%	13,97%	38	0,96%	-0,19%	52	-4,29%	-6,92%	66	-9,11%	-7,77%
25	19,35%	12,68%	39	0,19%	-0,66%	53	-4,66%	-7,19%	67	-8,71%	-8,70%
26	17,23%	11,58%	40	-0,51%	-1,15%	54	-4,98%	-7,49%	68	-8,38%	-9,38%
27	15,42%	10,54%	41	-0,95%	-1,89%	55	-5,44%	-7,76%	69	-8,20%	-10,52%
28	13,98%	9,69%	42	-1,54%	-2,51%	56	-5,96%	-7,61%	70	-7,56%	-11,38%

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Hanseníase Multibacilar / Wirchowiana)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	10,13%	11,11%	29	6,10%	0,94%	43	1,11%	6,90%	57	2,08%	3,14%
16	9,20%	10,00%	30	5,75%	0,93%	44	1,10%	5,81%	58	4,68%	3,04%
17	7,37%	10,61%	31	5,02%	0,93%	45	1,08%	5,49%	59	4,67%	2,58%
18	10,78%	5,48%	32	5,18%	0,92%	46	1,07%	5,78%	60	4,46%	2,88%
19	9,73%	6,49%	33	3,03%	2,73%	47	1,06%	4,92%	61	4,09%	2,45%
20	8,87%	6,10%	34	3,31%	1,77%	48	3,15%	3,13%	62	4,10%	2,73%
21	7,41%	5,75%	35	2,85%	2,61%	49	3,05%	2,53%	63	-0,16%	1,00%
22	7,59%	5,43%	36	2,77%	2,54%	50	2,96%	2,96%	64	0,00%	0,99%
23	5,77%	2,06%	37	3,03%	2,48%	51	2,88%	2,87%	65	-0,16%	0,98%
24	5,45%	1,01%	38	3,59%	3,23%	52	2,80%	2,79%	66	0,00%	0,97%
25	5,17%	2,00%	39	3,47%	3,91%	53	2,27%	3,62%	67	-0,16%	0,96%
26	4,92%	0,98%	40	3,35%	3,01%	54	2,22%	3,93%	68	0,99%	0,95%
27	4,69%	1,94%	41	3,24%	2,92%	55	2,17%	3,36%	69	0,98%	0,94%
28	5,97%	0,95%	42	3,14%	2,84%	56	2,12%	3,66%	70	0,97%	0,93%

SulAmérica Vida Individual

Coberturas: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, IPA, IPA-M, DMHO, Doenças Graves, Aquisição de Jazigo, IFPD, DIT com LER, DORT, LTC e Hérnia, DIT sem LER, DORT, LTC e Hérnia, Funeral, ACF, DIH Doença ou Acidente, DIH por Acidente, DIH UTI, Adiantamento por Doença Terminal e Filhos Póstumos.

Processo SUSEP nº 15414.900707/2013-56

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Infarto Agudo do Miocárdio)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	43,48%	17,86%	29	15,37%	20,88%	43	21,71%	21,64%	57	7,06%	7,22%
16	29,29%	15,15%	30	13,33%	17,28%	44	17,84%	17,76%	58	8,26%	8,70%
17	22,66%	10,53%	31	11,76%	15,01%	45	15,14%	15,11%	59	7,63%	8,00%
18	31,85%	38,10%	32	10,52%	12,81%	46	13,16%	13,10%	60	7,09%	7,41%
19	24,15%	27,59%	33	25,65%	33,19%	47	11,62%	11,60%	61	6,62%	6,90%
20	19,46%	21,62%	34	20,41%	24,75%	48	15,54%	13,88%	62	6,21%	6,45%
21	16,29%	17,78%	35	16,95%	19,97%	49	13,45%	12,20%	63	3,41%	5,79%
22	14,01%	15,09%	36	14,50%	16,54%	50	11,86%	10,88%	64	3,30%	5,48%
23	12,78%	12,30%	37	12,70%	14,29%	51	10,61%	9,81%	65	3,19%	5,19%
24	11,33%	10,95%	38	21,26%	24,26%	52	9,59%	8,93%	66	3,09%	4,94%
25	10,18%	9,87%	39	17,53%	19,52%	53	9,83%	10,14%	67	3,00%	4,70%
26	9,06%	8,38%	40	14,94%	16,33%	54	8,94%	9,21%	68	1,95%	4,14%
27	8,47%	8,29%	41	12,98%	13,99%	55	8,21%	8,44%	69	1,91%	3,98%
28	18,17%	27,04%	42	11,49%	12,32%	56	7,59%	7,77%	70	1,88%	3,82%

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Insuficiência Renal Crônica Dialítica)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	0,00%	0,00%	29	9,42%	8,72%	43	6,12%	5,82%	57	9,41%	9,80%
16	7,29%	7,63%	30	9,15%	8,46%	44	5,77%	5,50%	58	9,02%	9,43%
17	8,25%	7,80%	31	8,89%	8,21%	45	5,64%	5,37%	59	8,70%	9,04%
18	9,87%	9,21%	32	8,62%	7,97%	46	5,65%	5,41%	60	8,36%	8,71%
19	10,20%	9,64%	33	8,25%	7,73%	47	5,52%	5,35%	61	8,08%	8,34%
20	11,11%	9,34%	34	7,92%	7,50%	48	5,35%	5,15%	62	7,79%	8,06%
21	10,67%	10,05%	35	7,70%	7,13%	49	5,27%	5,03%	63	7,51%	7,74%
22	11,14%	10,05%	36	7,49%	7,22%	50	5,11%	4,91%	64	6,59%	6,80%
23	11,11%	9,54%	37	7,36%	6,87%	51	5,00%	4,86%	65	6,35%	6,55%
24	10,73%	9,85%	38	7,07%	6,67%	52	4,89%	4,70%	66	6,82%	7,02%
25	10,57%	9,66%	39	6,88%	6,49%	53	4,76%	4,65%	67	6,60%	6,77%
26	10,36%	9,43%	40	6,62%	6,31%	54	4,36%	4,18%	68	6,41%	6,56%
27	10,11%	9,20%	41	6,51%	6,14%	55	7,03%	7,18%	69	6,22%	6,36%
28	9,67%	8,68%	42	6,28%	6,08%	56	9,81%	10,30%	70	5,24%	4,26%

SulAmérica Vida Individual

Coberturas: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, IPA, IPA-M, DMHO, Doenças Graves, Aquisição de Jazigo, IFPD, DIT com LER, DORT, LTC e Hérnia, DIT sem LER, DORT, LTC e Hérnia, Funeral, ACF, DIH Doença ou Acidente, DIH por Acidente, DIH UTI, Adiantamento por Doença Terminal e Filhos Póstumos.

Processo SUSEP nº 15414.900707/2013-56

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Linfoma não Hodgkin)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	-3,24%	5,09%	29	-1,00%	-2,36%	43	3,15%	3,17%	57	7,41%	4,85%
16	-3,24%	4,85%	30	-1,01%	-2,42%	44	2,97%	3,08%	58	1,90%	3,01%
17	-3,46%	4,62%	31	-1,03%	-2,30%	45	2,97%	2,99%	59	1,86%	2,92%
18	-1,73%	-2,09%	32	-1,15%	-2,54%	46	2,88%	2,79%	60	1,86%	2,79%
19	-1,76%	-1,90%	33	1,28%	3,16%	47	2,72%	2,82%	61	1,79%	2,76%
20	-1,79%	-1,94%	34	1,26%	3,06%	48	9,66%	9,18%	62	1,76%	2,69%
21	-1,95%	-2,22%	35	1,14%	2,97%	49	8,74%	8,31%	63	6,33%	1,50%
22	-1,86%	-2,02%	36	1,23%	2,89%	50	8,03%	7,76%	64	5,95%	1,48%
23	2,91%	11,08%	37	1,22%	2,81%	51	7,50%	7,12%	65	5,62%	1,46%
24	2,83%	10,21%	38	4,27%	6,26%	52	6,92%	6,72%	66	5,32%	1,44%
25	2,75%	9,26%	39	4,20%	5,89%	53	10,52%	6,01%	67	5,05%	1,42%
26	2,68%	8,48%	40	4,03%	5,56%	54	9,47%	5,60%	68	1,00%	1,67%
27	2,72%	7,64%	41	3,88%	5,27%	55	8,70%	5,37%	69	0,97%	1,68%
28	-1,10%	-2,15%	42	3,64%	5,13%	56	7,96%	5,10%	70	0,99%	1,61%

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Lupus Eritematoso Sistêmico)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	-2,42%	0,38%	29	6,92%	1,74%	43	4,91%	1,03%	57	4,75%	0,90%
16	-3,11%	0,38%	30	6,47%	1,71%	44	4,68%	0,89%	58	10,30%	0,56%
17	-3,21%	0,37%	31	5,52%	1,83%	45	4,12%	0,89%	59	9,49%	0,56%
18	5,30%	2,24%	32	5,76%	1,65%	46	4,29%	1,00%	60	8,53%	0,66%
19	5,66%	2,37%	33	0,99%	1,62%	47	4,11%	0,87%	61	7,99%	0,55%
20	4,76%	2,14%	34	0,49%	1,45%	48	6,99%	0,99%	62	7,27%	0,55%
21	5,11%	2,27%	35	0,98%	1,43%	49	6,82%	0,98%	63	6,55%	0,43%
22	4,32%	2,22%	36	0,48%	1,55%	50	6,12%	0,97%	64	6,15%	0,43%
23	-4,66%	0,67%	37	0,96%	1,39%	51	6,02%	0,96%	65	5,79%	0,54%
24	-4,89%	0,83%	38	5,24%	1,23%	52	5,44%	0,95%	66	5,48%	0,43%
25	-5,14%	0,66%	39	4,98%	1,22%	53	5,83%	1,06%	67	5,19%	0,43%
26	-5,42%	0,82%	40	4,74%	1,20%	54	5,30%	0,93%	68	3,12%	1,70%
27	-5,73%	0,65%	41	4,53%	1,19%	55	5,03%	1,04%	69	3,02%	1,77%
28	7,43%	1,93%	42	4,33%	1,17%	56	4,79%	1,03%	70	3,02%	1,64%

SulAmérica Vida Individual

Coberturas: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, IPA, IPA-M, DMHO, Doenças Graves, Aquisição de Jazigo, IFPD, DIT com LER, DORT, LTC e Hérnia, DIT sem LER, DORT, LTC e Hérnia, Funeral, ACF, DIH Doença ou Acidente, DIH por Acidente, DIH UTI, Adiantamento por Doença Terminal e Filhos Póstumos.

Processo SUSEP n° 15414.900707/2013-56

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Neoplasia Maligna)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	6,23%	2,25%	29	3,42%	12,75%	43	17,41%	7,69%	57	8,53%	3,76%
16	5,82%	2,20%	30	3,31%	11,31%	44	14,83%	7,14%	58	10,29%	5,17%
17	5,54%	2,15%	31	3,20%	10,16%	45	12,91%	6,67%	59	9,33%	4,92%
18	-4,24%	1,39%	32	3,10%	9,22%	46	11,45%	6,25%	60	8,54%	4,69%
19	-4,43%	1,37%	33	7,45%	11,90%	47	10,26%	5,88%	61	7,87%	4,48%
20	-4,67%	1,30%	34	6,97%	10,65%	48	16,15%	6,59%	62	7,30%	4,29%
21	-4,86%	1,33%	35	6,52%	9,61%	49	13,90%	6,19%	63	6,60%	2,10%
22	-5,11%	1,27%	36	6,09%	8,77%	50	12,22%	5,82%	64	6,20%	2,06%
23	2,27%	12,98%	37	5,77%	8,06%	51	10,88%	5,51%	65	5,84%	2,02%
24	2,27%	11,45%	38	14,22%	10,73%	52	9,82%	5,22%	66	5,52%	1,98%
25	2,17%	10,27%	39	12,45%	9,69%	53	12,93%	4,42%	67	5,23%	1,94%
26	2,12%	9,35%	40	11,07%	8,83%	54	11,45%	4,23%	68	3,18%	0,21%
27	2,13%	8,52%	41	9,97%	8,12%	55	10,28%	4,06%	69	3,08%	0,21%
28	3,50%	14,62%	42	9,06%	7,51%	56	9,32%	3,90%	70	2,99%	0,21%

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Osteomielite)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	2,79%	-3,66%	29	1,79%	3,94%	43	2,01%	7,04%	57	1,21%	3,41%
16	2,72%	-3,80%	30	1,82%	3,79%	44	1,92%	6,57%	58	1,94%	2,77%
17	2,65%	-3,95%	31	1,72%	3,89%	45	1,88%	6,17%	59	1,91%	2,80%
18	13,16%	15,98%	32	1,76%	3,51%	46	1,89%	5,81%	60	1,87%	2,62%
19	11,63%	14,17%	33	3,20%	-0,45%	47	1,81%	5,49%	61	1,88%	2,55%
20	10,53%	12,07%	34	3,16%	-0,45%	48	1,26%	1,51%	62	1,80%	2,49%
21	9,43%	11,08%	35	3,00%	-0,23%	49	1,29%	1,35%	63	0,98%	3,74%
22	8,61%	9,70%	36	2,98%	-0,46%	50	1,23%	1,33%	64	1,01%	3,60%
23	2,45%	-1,52%	37	2,83%	-0,46%	51	1,22%	1,45%	65	0,96%	3,48%
24	2,47%	-1,54%	38	2,29%	4,85%	52	1,20%	1,30%	66	0,99%	3,36%
25	2,34%	-1,56%	39	2,24%	4,85%	53	1,28%	3,96%	67	0,94%	3,25%
26	2,28%	-1,59%	40	2,19%	4,41%	54	1,26%	3,94%	68	1,01%	3,54%
27	2,31%	-1,61%	41	2,15%	4,23%	55	1,24%	3,67%	69	1,00%	3,42%
28	1,82%	4,10%	42	2,10%	4,25%	56	1,23%	3,65%	70	0,99%	3,31%

SulAmérica Vida Individual

Coberturas: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, IPA, IPA-M, DMHO, Doenças Graves, Aquisição de Jazigo, IFPD, DIT com LER, DORT, LTC e Hérnia, DIT sem LER, DORT, LTC e Hérnia, Funeral, ACF, DIH Doença ou Acidente, DIH por Acidente, DIH UTI, Adiantamento por Doença Terminal e Filhos Póstumos.

Processo SUSEP nº 15414.900707/2013-56

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Pancreatite Crônica)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	12,11%	25,56%	29	12,74%	0,48%	43	2,27%	2,66%	57	2,26%	0,83%
16	10,80%	20,20%	30	11,30%	0,48%	44	2,19%	2,59%	58	-0,12%	3,46%
17	10,11%	16,94%	31	10,10%	0,52%	45	2,15%	2,53%	59	-0,12%	3,35%
18	29,18%	23,52%	32	9,22%	0,47%	46	2,10%	2,46%	60	-0,12%	3,24%
19	22,84%	19,04%	33	6,69%	0,89%	47	2,06%	2,44%	61	-0,14%	3,11%
20	18,60%	16,00%	34	6,27%	0,88%	48	-0,18%	2,50%	62	-0,12%	3,04%
21	15,51%	13,79%	35	5,94%	0,87%	49	-0,18%	2,44%	63	2,47%	2,30%
22	13,57%	12,18%	36	5,57%	0,82%	50	-0,18%	2,38%	64	2,41%	2,22%
23	17,66%	2,18%	37	5,28%	0,86%	51	-0,18%	2,32%	65	2,35%	2,20%
24	15,01%	2,14%	38	4,52%	1,26%	52	-0,18%	2,27%	66	2,28%	2,13%
25	13,05%	2,09%	39	4,33%	1,20%	53	2,51%	0,83%	67	2,25%	2,08%
26	11,63%	2,05%	40	4,15%	1,23%	54	2,43%	0,85%	68	1,10%	2,70%
27	10,34%	2,01%	41	3,98%	1,21%	55	2,39%	0,85%	69	1,10%	2,60%
28	14,52%	0,53%	42	3,80%	1,15%	56	2,33%	0,81%	70	1,07%	2,56%

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Paralisia de Membros)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	0,00%	0,00%	29	3,45%	3,22%	43	5,03%	3,31%	57	4,63%	2,31%
16	0,00%	0,00%	30	2,22%	3,12%	44	4,79%	3,20%	58	5,10%	3,17%
17	0,00%	0,00%	31	3,26%	3,03%	45	4,57%	3,10%	59	5,20%	3,51%
18	0,00%	0,00%	32	4,21%	2,94%	46	4,37%	3,01%	60	5,54%	3,81%
19	4,68%	2,98%	33	3,03%	3,81%	47	4,19%	2,92%	61	5,83%	4,49%
20	2,98%	2,90%	34	4,90%	3,67%	48	4,02%	2,27%	62	6,06%	4,69%
21	2,90%	4,22%	35	3,74%	2,65%	49	3,86%	2,78%	63	6,23%	5,60%
22	2,81%	2,70%	36	5,40%	4,31%	50	3,72%	2,16%	64	6,60%	6,01%
23	4,11%	2,63%	37	5,13%	3,30%	51	3,59%	2,12%	65	6,89%	6,35%
24	2,63%	3,84%	38	4,88%	4,00%	52	3,46%	2,07%	66	6,86%	6,58%
25	2,56%	3,70%	39	5,42%	3,84%	53	3,76%	2,03%	67	7,43%	7,35%
26	2,50%	3,57%	40	5,14%	3,70%	54	4,03%	2,49%	68	7,67%	7,67%
27	3,66%	3,45%	41	5,59%	3,57%	55	4,26%	1,94%	69	7,98%	7,89%
28	2,35%	3,33%	42	5,30%	4,14%	56	4,46%	2,86%	70	8,21%	8,03%

SulAmérica Vida Individual

Coberturas: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, IPA, IPA-M, DMHO, Doenças Graves, Aquisição de Jazigo, IFPD, DIT com LER, DORT, LTC e Hérnia, DIT sem LER, DORT, LTC e Hérnia, Funeral, ACF, DIH Doença ou Acidente, DIH por Acidente, DIH UTI, Adiantamento por Doença Terminal e Filhos Póstumos.

Processo SUSEP n° 15414.900707/2013-56

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Perda Total da Audição)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	0,00%	0,00%	29	2,61%	1,38%	43	2,41%	1,12%	57	4,46%	2,48%
16	0,00%	0,00%	30	2,54%	1,36%	44	2,94%	1,67%	58	4,27%	2,42%
17	0,00%	0,00%	31	2,48%	2,01%	45	3,43%	1,64%	59	4,78%	2,36%
18	0,00%	0,00%	32	3,22%	1,32%	46	2,76%	2,15%	60	4,58%	3,08%
19	-1,72%	-0,72%	33	2,34%	1,95%	47	3,22%	2,10%	61	4,98%	2,98%
20	-1,75%	0,00%	34	3,05%	1,91%	48	3,64%	2,58%	62	4,75%	3,26%
21	-0,89%	0,00%	35	2,96%	1,25%	49	3,52%	2,51%	63	5,38%	3,86%
22	-0,90%	0,00%	36	2,16%	1,85%	50	3,40%	2,45%	64	5,64%	4,05%
23	-0,91%	0,73%	37	2,82%	1,21%	51	3,75%	2,39%	65	5,60%	4,24%
24	0,00%	0,72%	38	2,05%	1,20%	52	4,07%	2,34%	66	6,02%	4,67%
25	0,92%	0,72%	39	2,68%	1,18%	53	3,91%	2,74%	67	6,38%	4,76%
26	0,91%	0,71%	40	2,61%	1,17%	54	3,76%	2,67%	68	6,62%	5,40%
27	1,80%	1,42%	41	2,55%	1,73%	55	4,03%	2,16%	69	7,21%	5,66%
28	1,77%	1,40%	42	3,10%	1,14%	56	4,26%	2,54%	70	7,49%	5,87%

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Perda Total da Visão)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	0,00%	0,00%	29	0,00%	8,29%	43	5,54%	0,00%	57	5,70%	3,44%
16	0,00%	0,00%	30	0,00%	0,00%	44	5,24%	5,86%	58	5,40%	3,33%
17	0,00%	0,00%	31	0,00%	0,00%	45	0,00%	5,54%	59	5,12%	6,44%
18	0,00%	0,00%	32	8,29%	0,00%	46	4,98%	0,00%	60	7,31%	3,02%
19	0,00%	0,00%	33	0,00%	0,00%	47	4,75%	5,24%	61	6,81%	5,87%
20	0,00%	0,00%	34	0,00%	7,65%	48	4,53%	4,98%	62	6,37%	5,55%
21	0,00%	0,00%	35	7,65%	0,00%	49	4,34%	4,75%	63	5,99%	7,88%
22	0,00%	0,00%	36	0,00%	0,00%	50	8,31%	4,53%	64	7,54%	7,31%
23	0,00%	9,04%	37	7,11%	7,11%	51	3,84%	0,00%	65	8,76%	6,81%
24	0,00%	0,00%	38	0,00%	0,00%	52	3,69%	4,34%	66	8,06%	8,50%
25	0,00%	0,00%	39	6,64%	0,00%	53	7,13%	4,16%	67	8,95%	7,83%
26	0,00%	0,00%	40	6,22%	6,64%	54	3,33%	3,99%	68	8,21%	9,08%
27	0,00%	0,00%	41	0,00%	0,00%	55	6,44%	3,84%	69	10,12%	9,99%
28	9,04%	0,00%	42	5,86%	6,22%	56	6,05%	7,39%	70	10,34%	10,60%

SulAmérica Vida Individual

Coberturas: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, IPA, IPA-M, DMHO, Doenças Graves, Aquisição de Jazigo, IFPD, DIT com LER, DORT, LTC e Hérnia, DIT sem LER, DORT, LTC e Hérnia, Funeral, ACF, DIH Doença ou Acidente, DIH por Acidente, DIH UTI, Adiantamento por Doença Terminal e Filhos Póstumos.

Processo SUSEP n° 15414.900707/2013-56

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Queimaduras Graves)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	0,00%	0,00%	29	0,00%	0,00%	43	0,00%	0,00%	57	0,00%	0,00%
16	0,00%	0,00%	30	0,00%	0,00%	44	0,00%	0,00%	58	0,00%	0,00%
17	0,00%	0,00%	31	32,61%	0,00%	45	0,00%	0,00%	59	0,00%	0,00%
18	0,00%	0,00%	32	0,00%	0,00%	46	0,00%	0,00%	60	0,00%	0,00%
19	0,00%	0,00%	33	0,00%	0,00%	47	0,00%	0,00%	61	0,00%	0,00%
20	0,00%	0,00%	34	0,00%	0,00%	48	0,00%	0,00%	62	-48,39%	0,00%
21	0,00%	0,00%	35	-24,59%	-48,39%	49	-32,61%	0,00%	63	0,00%	0,00%
22	0,00%	0,00%	36	0,00%	0,00%	50	0,00%	0,00%	64	0,00%	0,00%
23	0,00%	0,00%	37	0,00%	0,00%	51	0,00%	0,00%	65	0,00%	0,00%
24	0,00%	0,00%	38	0,00%	0,00%	52	0,00%	0,00%	66	0,00%	0,00%
25	0,00%	0,00%	39	0,00%	0,00%	53	0,00%	0,00%	67	0,00%	0,00%
26	0,00%	0,00%	40	0,00%	0,00%	54	0,00%	0,00%	68	0,00%	0,00%
27	0,00%	0,00%	41	0,00%	0,00%	55	0,00%	0,00%	69	0,00%	0,00%
28	0,00%	0,00%	42	0,00%	0,00%	56	0,00%	0,00%	70	0,00%	0,00%

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Transplante de Órgãos)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	0,00%	0,00%	29	0,72%	-0,20%	43	5,39%	3,02%	57	0,00%	0,00%
16	0,80%	-0,20%	30	0,72%	-0,20%	44	5,29%	2,93%	58	0,00%	0,00%
17	0,79%	-0,20%	31	5,35%	1,82%	45	5,27%	3,13%	59	0,00%	0,00%
18	0,79%	-0,20%	32	5,58%	1,99%	46	5,09%	3,03%	60	0,00%	0,00%
19	0,78%	-0,20%	33	5,61%	2,14%	47	5,07%	3,21%	61	0,00%	0,00%
20	0,78%	-0,20%	34	5,61%	2,29%	48	5,04%	3,11%	62	0,00%	0,00%
21	0,77%	-0,20%	35	5,75%	2,43%	49	4,87%	3,14%	63	0,00%	0,00%
22	0,76%	-0,20%	36	5,71%	2,55%	50	4,84%	3,17%	64	0,00%	0,00%
23	0,95%	-0,20%	37	5,66%	2,49%	51	4,80%	3,19%	65	0,00%	0,00%
24	0,75%	0,00%	38	5,60%	2,60%	52	4,64%	3,09%	66	0,00%	0,00%
25	0,74%	-0,20%	39	5,65%	2,87%	53	4,60%	3,22%	67	0,00%	0,00%
26	0,74%	-0,20%	40	5,56%	2,79%	54	1,47%	0,65%	68	0,00%	0,00%
27	0,73%	-0,20%	41	5,48%	2,88%	55	0,00%	-2,25%	69	0,00%	0,00%
28	0,73%	-0,20%	42	5,48%	2,95%	56	0,00%	0,00%	70	0,00%	0,00%

SulAmérica Vida Individual

Coberturas: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, IPA, IPA-M, DMHO, Doenças Graves, Aquisição de Jazigo, IFPD, DIT com LER, DORT, LTC e Hérnia, DIT sem LER, DORT, LTC e Hérnia, Funeral, ACF, DIH Doença ou Acidente, DIH por Acidente, DIH UTI, Adiantamento por Doença Terminal e Filhos Póstumos.

Processo SUSEP n° 15414.900707/2013-56

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Tumor Cerebral Benigno)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	0,00%	0,00%	29	4,80%	5,89%	43	13,82%	6,90%	57	7,88%	7,08%
16	-0,36%	6,49%	30	4,20%	5,20%	44	10,90%	7,05%	58	10,81%	10,05%
17	0,00%	5,50%	31	3,85%	4,60%	45	8,90%	7,06%	59	9,38%	8,29%
18	0,00%	4,28%	32	3,53%	4,07%	46	7,24%	7,04%	60	8,24%	6,81%
19	-0,36%	3,93%	33	2,39%	4,01%	47	5,87%	7,06%	61	7,30%	5,64%
20	0,00%	3,61%	34	2,50%	3,45%	48	0,75%	6,53%	62	6,54%	4,62%
21	-0,36%	3,48%	35	2,60%	2,75%	49	1,97%	6,74%	63	6,42%	0,90%
22	-0,36%	3,04%	36	2,85%	2,20%	50	2,98%	6,88%	64	5,55%	1,62%
23	16,73%	1,09%	37	2,77%	1,68%	51	4,07%	6,91%	65	4,74%	2,34%
24	13,40%	2,00%	38	0,30%	0,28%	52	4,96%	7,01%	66	4,03%	3,03%
25	10,99%	2,71%	39	0,30%	0,27%	53	5,59%	6,46%	67	3,34%	3,62%
26	9,16%	3,23%	40	3,13%	0,27%	54	6,31%	6,72%	68	0,95%	6,06%
27	7,48%	3,98%	41	4,91%	0,18%	55	6,96%	6,91%	69	1,29%	5,43%
28	5,49%	6,84%	42	0,00%	0,00%	56	7,46%	7,00%	70	1,57%	4,87%

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves (Hipertensão Pulmonar Primária)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	0,00%	0,00%	29	6,64%	4,34%	43	5,40%	4,64%	57	9,70%	9,09%
16	0,00%	0,00%	30	6,22%	4,16%	44	7,68%	6,66%	58	9,73%	8,33%
17	0,00%	0,00%	31	5,86%	3,99%	45	4,75%	6,24%	59	9,67%	9,23%
18	0,00%	0,00%	32	11,07%	3,84%	46	6,81%	5,87%	60	9,55%	9,15%
19	12,40%	7,65%	33	4,98%	3,69%	47	8,50%	7,40%	61	10,06%	9,67%
20	0,00%	7,11%	34	4,75%	3,56%	48	7,83%	6,89%	62	9,75%	10,00%
21	11,03%	6,64%	35	9,06%	6,88%	49	7,26%	6,44%	63	10,55%	10,16%
22	0,00%	0,00%	36	4,16%	3,22%	50	6,77%	7,57%	64	10,05%	10,19%
23	9,93%	6,22%	37	7,98%	6,24%	51	7,93%	7,04%	65	10,50%	10,57%
24	9,04%	5,86%	38	7,39%	2,94%	52	8,81%	6,57%	66	10,74%	10,36%
25	0,00%	5,54%	39	3,44%	5,70%	53	8,10%	7,40%	67	10,82%	10,83%
26	8,29%	5,24%	40	6,65%	5,40%	54	8,74%	8,04%	68	10,79%	10,44%
27	7,65%	4,98%	41	6,24%	5,12%	55	9,19%	8,50%	69	10,63%	10,32%
28	7,11%	9,49%	42	8,81%	4,87%	56	8,42%	7,84%	70	10,71%	9,89%

SulAmérica Vida Individual

Coberturas: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, IPA, IPA-M, DMHO, Doenças Graves, Aquisição de Jazigo, IFPD, DIT com LER, DORT, LTC e Hérnia, DIT sem LER, DORT, LTC e Hérnia, Funeral, ACF, DIH Doença ou Acidente, DIH por Acidente, DIH UTI, Adiantamento por Doença Terminal e Filhos Póstumos.

Processo SUSEP n° 15414.900707/2013-56

Ajuste por Idade - Cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (Homem e Mulher)

Idade	Ajuste	Idade	Ajuste	Idade	Ajuste	Idade	Ajuste
15	-0,35%	29	3,10%	43	10,81%	57	16,94%
16	-0,35%	30	3,39%	44	11,13%	58	16,93%
17	-0,17%	31	5,35%	45	11,63%	59	16,94%
18	-0,35%	32	5,70%	46	13,07%	60	16,94%
19	-0,18%	33	5,86%	47	13,44%	61	16,92%
20	0,00%	34	6,01%	48	13,71%	62	16,92%
21	0,00%	35	6,46%	49	13,96%	63	16,89%
22	0,00%	36	6,56%	50	14,17%	64	16,87%
23	0,18%	37	7,08%	51	15,50%	65	16,83%
24	0,35%	38	7,40%	52	15,59%	66	15,00%
25	0,52%	39	7,80%	53	15,75%	67	15,00%
26	2,71%	40	8,26%	54	15,87%	68	15,00%
27	2,67%	41	10,04%	55	16,14%	69	15,00%
28	2,97%	42	10,36%	56	16,72%	70	15,00%

3.4.3. Após o(a) Segurado(a) atingir 70 (setenta) anos de idade, os planos referentes à cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, serão reenquadrados a cada aniversário da apólice, com acréscimo de 15% para homens e mulheres.

Ajuste por Idade – Diária por Incapacidade Temporária com LER, DORT, LTC E Hérnia

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	7,14%	7,14%	29	3,64%	3,64%	43	2,77%	2,77%	57	0,30%	0,30%
16	6,67%	6,67%	30	3,51%	3,51%	44	2,69%	2,69%	58	0,30%	0,30%
17	6,25%	6,25%	31	3,40%	3,40%	45	2,62%	2,62%	59	0,29%	0,29%
18	5,88%	5,88%	32	3,28%	3,28%	46	2,56%	2,56%	60	0,29%	0,29%
19	5,56%	5,56%	33	3,18%	3,18%	47	2,95%	2,95%	61	0,29%	0,29%
20	5,26%	5,26%	34	3,08%	3,08%	48	2,86%	2,86%	62	0,29%	0,29%
21	5,00%	5,00%	35	2,99%	2,99%	49	2,78%	2,78%	63	20,00%	20,00%
22	4,76%	4,76%	36	2,90%	2,90%	50	2,71%	2,71%	64	20,00%	20,00%
23	4,55%	4,55%	37	3,32%	3,32%	51	2,63%	2,63%	65	20,00%	20,00%
24	4,35%	4,35%	38	3,21%	3,21%	52	2,57%	2,57%	66	20,00%	20,00%
25	4,17%	4,17%	39	3,11%	3,11%	53	2,50%	2,50%	67	20,00%	20,00%
26	4,09%	4,09%	40	3,02%	3,02%	54	2,44%	2,44%	68	20,00%	20,00%
27	3,93%	3,93%	41	2,93%	2,93%	55	2,38%	2,38%	69	20,00%	20,00%
28	3,78%	3,78%	42	2,85%	2,85%	56	2,33%	2,33%	70	20,00%	20,00%

3.4.4. Após o(a) Segurado(a) atingir 70 (setenta) anos de idade, os planos referentes às coberturas de Diária por Incapacidade Temporária com/sem LER, DORT, LTC E Hérnia serão reenquadrados a cada aniversário da apólice, com acréscimo de 20% para homens e mulheres.

Ajuste por Idade - Cobertura Diária por Internação Hospitalar (DIH)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	-0,28%	21,77%	29	-0,95%	0,16%	43	12,78%	4,15%	57	4,53%	0,90%
16	19,19%	16,72%	30	1,47%	-3,07%	44	5,27%	8,64%	58	9,64%	3,22%
17	3,43%	7,97%	31	-1,55%	2,60%	45	0,88%	-3,99%	59	-1,71%	13,82%
18	3,31%	21,09%	32	1,46%	1,40%	46	-1,91%	-1,58%	60	13,59%	2,08%
19	-3,90%	0,42%	33	8,70%	-0,57%	47	9,24%	-1,38%	61	-0,80%	8,02%
20	1,24%	0,42%	34	1,31%	5,05%	48	6,37%	9,69%	62	9,86%	-3,77%
21	8,71%	-4,54%	35	-4,30%	-3,26%	49	-3,10%	-1,49%	63	8,91%	0,26%
22	-7,86%	-4,83%	36	7,39%	2,72%	50	10,53%	4,91%	64	8,37%	14,89%
23	8,81%	2,58%	37	-0,86%	-3,05%	51	8,86%	-3,38%	65	1,27%	8,74%
24	11,66%	-0,57%	38	6,60%	6,90%	52	5,97%	14,73%	66	7,50%	10,36%
25	-2,85%	1,54%	39	3,41%	4,38%	53	-2,29%	-15,51%	67	5,78%	2,92%
26	-1,39%	0,59%	40	-1,52%	2,97%	54	8,99%	15,16%	68	6,97%	9,02%
27	-4,06%	-4,26%	41	3,89%	0,47%	55	11,51%	-1,59%	69	4,63%	7,38%
28	5,39%	6,14%	42	0,60%	0,33%	56	8,71%	2,59%	70	9,31%	-2,54%

Ajuste por Idade - Cobertura Diária por Internação Hospitalar por Acidente (DIH-A)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	-0,28%	21,77%	29	-0,95%	0,16%	43	12,78%	4,15%	57	4,53%	0,90%
16	19,19%	16,72%	30	1,47%	-3,07%	44	5,27%	8,64%	58	9,64%	3,22%
17	3,43%	7,97%	31	-1,55%	2,60%	45	0,88%	-3,99%	59	-1,71%	13,82%
18	3,31%	21,09%	32	1,46%	1,40%	46	-1,91%	-1,58%	60	13,59%	2,08%
19	-3,90%	0,42%	33	8,70%	-0,57%	47	9,24%	-1,38%	61	-0,80%	8,02%
20	1,24%	0,42%	34	1,31%	5,05%	48	6,37%	9,69%	62	9,86%	-3,77%
21	8,71%	-4,54%	35	-4,30%	-3,26%	49	-3,10%	-1,49%	63	8,91%	0,26%
22	-7,86%	-4,83%	36	7,39%	2,72%	50	10,53%	4,91%	64	8,37%	14,89%
23	8,81%	2,58%	37	-0,86%	-3,05%	51	8,86%	-3,38%	65	1,27%	8,74%
24	11,66%	-0,57%	38	6,60%	6,90%	52	5,97%	14,73%	66	7,50%	10,36%
25	-2,85%	1,54%	39	3,41%	4,38%	53	-2,29%	-15,51%	67	5,78%	2,92%
26	-1,39%	0,59%	40	-1,52%	2,97%	54	8,99%	15,16%	68	6,97%	9,02%
27	-4,06%	-4,26%	41	3,89%	0,47%	55	11,51%	-1,59%	69	4,63%	7,38%
28	5,39%	6,14%	42	0,60%	0,33%	56	8,71%	2,59%	70	9,31%	-2,54%

SulAmérica Vida Individual

Coberturas: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, IPA, IPA-M, DMHO, Doenças Graves, Aquisição de Jazigo, IFPD, DIT com LER, DORT, LTC e Hérnia, DIT sem LER, DORT, LTC e Hérnia, Funeral, ACF, DIH Doença ou Acidente, DIH por Acidente, DIH UTI, Adiantamento por Doença Terminal e Filhos Póstumos.

Processo SUSEP n° 15414.900707/2013-56

Ajuste por Idade - Cobertura Diária por Internação Hospitalar UTI (DIH-UTI)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	-0,28%	21,77%	29	-0,95%	0,16%	43	12,78%	4,15%	57	4,53%	0,90%
16	19,19%	16,72%	30	1,47%	-3,07%	44	5,27%	8,64%	58	9,64%	3,22%
17	3,43%	7,97%	31	-1,55%	2,60%	45	0,88%	-3,99%	59	-1,71%	13,82%
18	3,31%	21,09%	32	1,46%	1,40%	46	-1,91%	-1,58%	60	13,59%	2,08%
19	-3,90%	0,42%	33	8,70%	-0,57%	47	9,24%	-1,38%	61	-0,80%	8,02%
20	1,24%	0,42%	34	1,31%	5,05%	48	6,37%	9,69%	62	9,86%	-3,77%
21	8,71%	-4,54%	35	-4,30%	-3,26%	49	-3,10%	-1,49%	63	8,91%	0,26%
22	-7,86%	-4,83%	36	7,39%	2,72%	50	10,53%	4,91%	64	8,37%	14,89%
23	8,81%	2,58%	37	-0,86%	-3,05%	51	8,86%	-3,38%	65	1,27%	8,74%
24	11,66%	-0,57%	38	6,60%	6,90%	52	5,97%	14,73%	66	7,50%	10,36%
25	-2,85%	1,54%	39	3,41%	4,38%	53	-2,29%	-15,51%	67	5,78%	2,92%
26	-1,39%	0,59%	40	-1,52%	2,97%	54	8,99%	15,16%	68	6,97%	9,02%
27	-4,06%	-4,26%	41	3,89%	0,47%	55	11,51%	-1,59%	69	4,63%	7,38%
28	5,39%	6,14%	42	0,60%	0,33%	56	8,71%	2,59%	70	9,31%	-2,54%

SulAmérica Vida Individual

Coberturas: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, IPA, IPA-M, DMHO, Doenças Graves, Aquisição de Jazigo, IFPD, DIT com LER, DORT, LTC e Hérnia, DIT sem LER, DORT, LTC e Hérnia, Funeral, ACF, DIH Doença ou Acidente, DIH por Acidente, DIH UTI, Adiantamento por Doença Terminal e Filhos Póstumos.

Processo SUSEP nº 15414.900707/2013-56

Ajuste por Idade - Cobertura Adiantamento por Doença Terminal (ADT)

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	11,33%	22,49%	29	1,61%	1,61%	43	9,54%	7,14%	57	8,83%	10,39%
16	10,16%	18,40%	30	1,57%	1,63%	44	14,35%	10,67%	58	8,11%	9,41%
17	9,24%	15,51%	31	1,55%	1,56%	45	12,55%	9,63%	59	12,53%	14,83%
18	8,46%	13,45%	32	1,52%	1,56%	46	11,15%	8,80%	60	11,14%	12,91%
19	7,80%	11,86%	33	1,50%	1,51%	47	10,03%	8,08%	61	10,02%	11,44%
20	7,22%	10,58%	34	5,93%	5,47%	48	9,12%	7,48%	62	9,11%	10,26%
21	6,75%	9,59%	35	5,59%	5,14%	49	14,55%	15,74%	63	8,35%	9,31%
22	6,32%	8,73%	36	5,30%	4,91%	50	12,70%	13,61%	64	12,53%	14,83%
23	5,95%	8,05%	37	5,03%	4,66%	51	11,27%	11,97%	65	11,14%	12,91%
24	-7,80%	-6,76%	38	4,80%	4,49%	52	10,13%	10,70%	66	12,00%	12,00%
25	-8,46%	-7,24%	39	15,43%	10,00%	53	9,20%	9,66%	67	12,00%	12,00%
26	-9,25%	-7,83%	40	13,36%	9,09%	54	12,01%	15,10%	68	12,00%	12,00%
27	-10,20%	-8,48%	41	11,79%	8,33%	55	10,72%	13,11%	69	12,00%	12,00%
28	-11,35%	-9,25%	42	10,55%	7,70%	56	9,68%	11,60%	70	12,00%	12,00%

3.4.5. Após o(a) Segurado(a) atingir 70 (setenta) anos de idade, os planos referentes à cobertura de Adiantamento por Doença Terminal (ADT) serão reenquadrados a cada aniversário da apólice, com acréscimo de 12% para homens e mulheres.

Ajuste por Idade - Cobertura Filhos Póstumos

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15	0,00%	11,31%	29	-2,53%	1,52%	43	-71,02%	9,65%	57	8,25%	8,28%
16	0,00%	10,13%	30	-2,59%	-20,30%	44	12,17%	9,63%	58	7,25%	7,16%
17	0,00%	9,14%	31	-2,65%	4,24%	45	10,77%	-92,15%	59	9,65%	6,49%
18	11,31%	8,36%	32	1,52%	4,06%	46	9,65%	12,32%	60	8,28%	5,37%
19	10,13%	7,68%	33	-20,30%	3,90%	47	9,63%	10,83%	61	7,16%	7,03%
20	9,14%	53,39%	34	4,24%	5,05%	48	-92,15%	9,64%	62	6,49%	5,52%
21	8,36%	-2,55%	35	4,06%	-44,10%	49	12,32%	10,21%	63	5,37%	5,24%
22	7,68%	-2,58%	36	3,90%	11,55%	50	10,83%	9,03%	64	7,03%	3,00%
23	53,39%	-2,60%	37	5,05%	10,31%	51	9,64%	10,58%	65	5,52%	1,26%
24	-2,55%	-8,52%	38	-44,10%	9,33%	52	10,21%	9,30%	66	5,24%	-1,01%
25	-2,58%	-16,17%	39	11,55%	10,04%	53	9,03%	8,25%	67	3,00%	-4,49%
26	-2,60%	-2,53%	40	10,31%	-71,02%	54	10,58%	8,25%	68	1,26%	0,00%
27	-8,52%	-2,59%	41	9,33%	12,17%	55	9,30%	7,25%	69	-1,01%	0,00%
28	-16,17%	-2,65%	42	10,04%	10,77%	56	8,25%	9,65%	70	-4,49%	0,00%

3.4.6. Após o(a) Segurado(a) atingir 70 (setenta) anos de idade, os planos referentes à cobertura de Filhos Póstumos serão reenquadrados a cada aniversário da apólice, com acréscimo de 12% para homens e mulheres.

3.5. Após o(a) segurado(a) atingir 70 (setenta) anos de idade, o plano referente à cobertura de morte por acidente será reenquadrado a cada aniversário da apólice com acréscimo de 5% (cinco por cento) para homens e mulheres.

3.6. A SulAmérica reserva-se o direito de exigir, em qualquer tempo, prova satisfatória da idade do Segurado.

3.7. As coberturas Invalidez Permanente por Acidente Majorada e Despesas Médicas Hospitalares não sofrerão alteração em função da mudança de idade do Segurado.

3.8. Anualmente, a SulAmérica encaminhará ao Segurado endosso de sua Apólice com os novos valores de Capitais Segurados e Prêmios devidamente atualizados.

4. Pagamento de prêmios



- 4.1. O Custeio do Seguro será de responsabilidade do Segurado.
- 4.2. O pagamento do Prêmio deverá ser efetivado conforme estabelecido na Proposta de Contratação, podendo ser de periodicidade mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual.
- 4.3. Será garantida ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento dos Prêmios. Entretanto, o pagamento antecipado de Prêmio não reduz ou elimina o período de Carência.
- 4.4. O Prêmio correspondente a cada Segurado será fixado com base no respectivo Capital Segurado contratado e de acordo com a taxa do seguro, de acordo com o estabelecido na Nota Técnica Atuarial do plano.
- 4.5. A data limite para pagamento da primeira parcela do Prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia da emissão da Apólice, da renovação ou endossos que impliquem aumento do Prêmio.
- 4.6. Para garantir o direito à cobertura, o prêmio do seguro deverá ser pago até a data de vencimento. Quando esta data ocorrer em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.
- 4.7. A obrigação de pagamento dos Prêmios à SulAmérica cabe exclusivamente ao Segurado, que responderá pelos efeitos contratuais do inadimplemento conforme estabelecido nestas Condições Gerais, salvo nos casos de Cancelamento ou de não renovação da Apólice.
- 4.8. Servirão de comprovante de pagamento do Prêmio:
- a) O débito efetuado em conta corrente bancária;
 - b) O débito efetuado no cartão de crédito;
 - c) O recibo de pagamento bancário devidamente compensado; ou
 - d) A comprovação do desconto em folha de pagamento.

4.9. Caso o Segurado opte pelo débito em conta corrente ou cartão de crédito, em caso de cancelamento, por qualquer motivo, da conta corrente ou do cartão de crédito em que ocorria o débito, sem notificação prévia, automaticamente será estabelecida a cobrança através de boleto bancário.

4.9.1. A qualquer tempo o Segurado poderá solicitar à Central de Atendimento a alteração do meio de cobrança.

4.10. Os prêmios em atraso serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano e atualização monetária pelo ipca/ibge.

4.11. Caso não seja efetuado o pagamento ou o repasse da primeira parcela do prêmio, a contratação do seguro não será efetivada e a SulAmérica não estará obrigada a garantir o risco coberto.

4.12. Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite a devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período de cobertura.

5. Tolerância e reabilitação do seguro

5.1. Será adotado o prazo de Tolerância de 60 (sessenta) dias, durante o qual a falta de pagamento do Prêmio não ensejará o imediato cancelamento do seguro.

5.2. No caso da ocorrência de Sinistro durante o período de Tolerância, a Indenização será paga deduzida dos Prêmios devidos e não pagos, sendo estes acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e de juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano e atualização monetária pelo Índice de preços ao consumidor Amplo - IPCA/IBGE, ou na falta deste, o Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC/IBGE.

5.3. Transcorrido o prazo de tolerância, o seguro será cancelado sem que seja devido ao segurado ou a seus beneficiários a percepção proporcional de qualquer indenização ou prêmios pagos.

5.3.1. A qualquer momento, antes do término do prazo de Tolerância, o Segurado efetuar o pagamento dos Prêmios em atraso, acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios iguais a 6% (seis por cento) ao ano e atualização monetária pelo IPCA/IBGE, ou na falta deste o INPC/IBGE.

5.4. A SulAmérica notificará o responsável pelo pagamento do Prêmio, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias antes do término do prazo de tolerância, através de correspondência, advertindo-o quanto à necessidade de quitação dos Prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.

5.5. Não será permitido qualquer pagamento ou repasse de prêmio depois de esgotado o prazo de tolerância, salvo se previamente acordado por escrito com a SulAmérica. desse modo, se for realizado qualquer pagamento sem prévia autorização este valor não será considerado e será restituído mediante a apresentação do respectivo comprovante à SulAmérica.

6. Cancelamento do seguro



6.1. Caso o segurado não realize o pagamento ou repasse da primeira parcela do prêmio até a data constante no documento de cobrança ou se configurada a falta de pagamento de qualquer um dos prêmios mensais por um período de 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, a apólice estará cancelada por falta de pagamento sem que seja devido ao segurado ou a seus beneficiários a percepção proporcional de qualquer indenização.

6.2. Se o segurado, seus beneficiários, o representante de um ou de outro, agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação ou, ainda, para conseguir o aumento do capital segurado, ocorrerá o cancelamento da apólice sem a restituição dos prêmios já pagos, ficando a SulAmérica isenta de qualquer responsabilidade.

6.3. O seguro será, ainda, cancelado:

- a) Se o segurado solicitar expressamente a sua exclusão do seguro ou a exclusão de qualquer dos riscos cobertos;
- b) No final do prazo de vigência da apólice.

6.4. A Apólice poderá, ainda, ser cancelada, a qualquer tempo, mediante acordo entre a SulAmérica e o Segurado, sem prejuízo da Vigência correspondente aos Prêmios já pagos ou repassados, podendo a SulAmérica reter o percentual do Prêmio recebido proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice, além dos custos de comercialização.

6.5. Além do disposto nesta Cláusula, ocorrerá o cancelamento da Apólice quando se verificar quaisquer outras hipóteses previstas nestas Condições Gerais, na Lei ou na regulamentação relacionada a seguros.

« RETORNO AO ÍNDICE

**Tudo o que
você precisa
saber sobre
como
acionar o
seu seguro**


SulAmérica

Resumo



Acionamento do seguro

Acesse o portal SulAmérica e em apenas 3 passos é possível acionar as proteções:
<https://portal.sulamericaseguros.com.br>

Documentação para acionamentos

Na SulAmérica o acionamento é fácil, pedimos poucos documentos além do básico:

Documentos básicos

CPF • RG ou CNH • Comprovante de Residência • Formulário médico e de dados bancários*

Morte Acidental

1. Certidão de óbito

Acessibilidade Física por Acidente, Invalidez Permanente por Acidente (IPA), IPA Majorada

1. Certidão de nascimento ou casamento
2. Exames e imagens
3. Resultado e laudo dos exames

Funeral Individual Assistência Funeral, Aquisição de Jazigo

1. Certidão de óbito
2. Notas fiscais e outros comprovantes

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Doenças Graves

1. Resultado dos exames realizados durante o tratamento.
2. Exames com imagens com laudo
3. Laudo médico com diagnóstico da doença

Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)

1. Notas fiscais e outros comprovantes

Diária de Incapacidade Temporária (DIT)

1. Resultados dos exames comprobatórios da doença.
2. Comprovante da renda mensal

Morte do Cônjuge

1. Certidão de óbito
2. Certidão atualizada de casamento
3. Documentos do cônjuge: CPF, RG ou CNH, Comprovante de residência.

Diária por internação Hospitalar por acidente ou Doença em UTI

1. Notas fiscais e outros comprovantes

Adiantamento por Doença Terminal

1. Resultado dos exames realizados durante o tratamento.
2. Exames com imagens com laudo
3. Laudo médico com diagnóstico da doença

Diária por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente coberto com e sem (LER, DORT, LTC e HÉRNIA)

1. Notas fiscais e outros comprovantes

Filhos Póstumos

1. Certidão de óbito do responsável
2. Certidão de nascimento
3. Documentos de identificação e Comprovante de residência.

1. Liquidação de sinistro



1.1. Quando da liquidação do Sinistro, a data da ocorrência do Risco Coberto será considerada para efeito de determinação do Capital Segurado, conforme abaixo:

- a) **Morte:** a data do falecimento do segurado
- b) **Morte do cônjuge:** a data de falecimento do cônjuge do segurado;
- c) **Morte acidental:** a data do acidente pessoal;
- d) **Invalidez permanente total ou parcial por acidente:** a data do acidente pessoal;
- e) **Invalidez permanente por acidente majorada:** a data do acidente pessoal;
- f) **Invalidez funcional permanente total por doença:** a data do diagnóstico da invalidez funcional permanente total por doença coberta;
- g) **Despesa médica hospitalar:** a data do acidente pessoal;
- h) **Doenças graves:** a data do diagnóstico da doença grave coberta;
- i) **Diárias de capacidade temporária:** a data do primeiro dia de afastamento por incapacidade, devidamente diagnosticado pelo médico assistente do segurado, de exercer sua profissão ou ocupação remunerada, caso o sinistro seja decorrente de doença, observada a franquia;
- j) **Funeral:** a data do falecimento do segurado.
- k) **Aquisição de jazigo:** a data do falecimento do segurado.
- l) **Acessibilidade física por acidente:** a data do acidente pessoal.
- m) **Diárias por internação hospitalar por doença ou acidente (DIH DA):** a data da internação hospitalar por doença ou acidente.
- n) **Diárias por internação hospital por acidente (DIH A):** a data da internação hospitalar.
- o) **Diária por internação hospitalar por doença ou acidente em uti (DIH UTI):** a Data da internação hospitalar na uti (unidade intensiva de tratamento) por doença ou acidente.
- p) **Adiantamento por doença terminal:** a data do diagnóstico da doença terminal coberta;
- q) **Filhos póstumos:** a data da ocorrência do óbito do segurado principal.

- 1.2. As indenizações de morte, invalidez permanente total ou parcial por acidente e invalidez permanente por acidente majorada não se acumulam.
- 1.3. Na hipótese da contratação e recolhimento de prêmios para as coberturas de morte e morte acidental, ocorrendo sinistro de morte por acidente pessoal coberto, serão pagos os capitais segurados das duas coberturas.
- 1.4. O pagamento da indenização por morte, funeral ou invalidez funcional permanente total por doença implica o cancelamento do seguro para toda e qualquer cobertura contratada.
- 1.5. Para os segurados menores de 14 (quatorze) anos as coberturas de morte ou morte acidental destinam-se ao reembolso das despesas com o seu funeral, limitado ao capital segurado contratado.
- 1.6. As coberturas contratadas estarão expressas na apólice.
- 1.7. Eventuais encargos de tradução, necessários à liquidação de sinistro referente a despesas efetuadas no exterior ficarão integralmente a cargo da SulAmérica.
- 1.8. Não será paga indenização com base em diagnóstico feito por membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do segurado, independentemente de ser um médico habilitado ou profissional de saúde.
- 1.9. Em caso de dúvida fundada e justificável, a SulAmérica poderá solicitar outros documentos ou informações para a regulação do sinistro.
- 1.10. A SulAmérica terá o prazo de 30 (trinta) dias para a liquidação do Sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos para a regulação do Sinistro.
- 1.11. Será suspensa a contagem do prazo acima mencionado caso a SulAmérica solicite documentação ou informação complementar, sendo que a contagem do prazo voltará a correr a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente àquele em que for completamente atendida a solicitação da SulAmérica.
- 1.12. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo para pagamento, os processos de Sinistro com documentação incompleta, até a data do protocolo de recebimento do último documento ou informação exigida para a regulação do Sinistro.

1.13. Na hipótese de ser ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias para a liquidação do Sinistro, a Indenização será acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano, computados a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente ao término do prazo, e atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE, desde a data da ocorrência do Sinistro até a data do pagamento da Indenização.

1.13.1. A base de cálculo da atualização monetária considera a variação positiva do IPCA/IBGE publicado imediatamente anterior à data de exigibilidade e o publicado imediatamente antes da liquidação.

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

1.15. Os menores de dezoito anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação da documentação comprobatória.

1.16. As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado e/ou Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela SulAmérica.

1.17. O segurado, ao fazer a contratação do seguro, autoriza à perícia médica da SulAmérica a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do segurado, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares.

1.18. Na hipótese de inadimplemento, limitado ao prazo de Tolerância, na ocorrência do Sinistro coberto, o Prêmio correspondente ao Segurado e não pago à SulAmérica, acrescido de juros, atualização monetária e multa moratória, será deduzido da Indenização a ser paga.

1.19. Junta Médica:

1.19.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como dúvida quanto ao correto enquadramento do Risco Coberto, a SulAmérica proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

1.19.2. A referida junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela SulAmérica, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados, onde cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e SulAmérica.

1.19.3. 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.

2. Transferência de direitos



2.1. Os direitos decorrentes do risco coberto garantido, observadas as disposições destas condições gerais, não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados de qualquer forma.

3. Perda de direitos



3.1. A SulAmérica não pagará qualquer indenização referente ao presente seguro, nem restituirá os prêmios do seguro e terá, ainda, o direito ao recebimento do prêmio vencido, nas seguintes hipóteses, além das previstas em lei e nas condições contratuais:

- a) Quando o segurado agravar intencionalmente o risco coberto;
- b) Quando o segurado, agindo de má-fé, não comunicar à SulAmérica, tão logo tenha conhecimento, qualquer fato que possa agravar o risco coberto;
- c) Quando o segurado, seu representante ou o corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de contratação ou no valor do prêmio, ficando ainda o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido; ou
- d) No caso de fraude consumada ou tentativa de fraude simulando acidente ou agravando as suas conseqüências.

3.2. Quaisquer alterações ocorridas durante a vigência da apólice que implique a modificação na natureza dos riscos cobertos deverão ser comunicadas à SulAmérica para que se façam os ajustes necessários.

3.3. O segurado deverá comunicar à seguradora, logo que saiba, situações que possam agravar o risco coberto. Serão consideradas situações passíveis de agravamento de risco para fins desta cláusula apenas (i) alteração da atividade profissional; (ii) mudança de país e/ou (iii) realizações de esportes radicais/de alto risco. Poderá ocorrer a perda do direito à cobertura caso o segurado não faça a devida comunicação à seguradora das situações consideradas como agravamento de risco coberto.

3.3.1. Considera-se que ocorreu agravamento de risco quando o segurado passar a praticar os seguinte esportes durante a vigência do seguro contratado: asa delta, bungee jumping, caiaque, cliff diving, downhill (todos os tipos), escalada (todos os tipos), espeleologia, esqui (todos os tipos), half pipe, highlining/slackline, kitesurf, mergulho (todos os tipos), mountain biking, parapente/paragliding, paraquedismo, parasailing, parkour, rafting, rapel, tourada/rodeio, wingsuit/traje, planador e corrida (todos os tipos).

3.4. A SulAmérica terá 15 (quinze) dias, contados do recebimento do aviso da agravação do risco coberto para, por meio de comunicação escrita ao segurado, cancelar a apólice.

3.5. Caso a apólice não seja imediatamente cancelada, tendo em vista a agravação do risco coberto ter ocorrido por ação ou omissão do segurado, mediante acordo com este, o risco coberto contratado poderá ser restringido ou a diferença do prêmio cobrada.

3.6. Caso a SulAmérica deseje cancelar a apólice pelo agravamento do risco coberto, tal cancelamento somente será eficaz após 30 (trinta) dias, contados da notificação do segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio, se houver.

3.7. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, seus prepostos, seus beneficiários, seu corretor de seguros ou seus representantes legais, a seu critério, a SulAmérica poderá:

I - Na hipótese de não ter ocorrido sinistro:

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

II - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado:

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

III - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

« RETORNO AO ÍNDICE

Outras informações úteis


SulAmérica

1. Foro



1.1. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do Segurado ou Beneficiário, conforme o caso, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente plano de seguro.

1.2. Na hipótese de inexistência de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

2. Material de divulgação do seguro



2.1. As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da SulAmérica, respeitadas rigorosamente estas Condições Gerais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP.

2.2. A propaganda e a divulgação do seguro por parte do Corretor de Seguros somente poderão ser feitas com autorização expressa da SulAmérica, respeitadas as Condições Contratuais e a regulamentação vigentes, ficando a SulAmérica responsável somente pelas informações contidas na propaganda e divulgação por ela devidamente autorizadas.

3. Informações complementares



3.1. O Segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do seguro, ou do efetivo pagamento da primeira parcela de pagamento do prêmio, o que ocorrer por último, e poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela SulAmérica. A Seguradora, ou o Representante de Seguros, fornecerão ao Segurado a confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo obstada, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.

3.2. Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento no prazo de 7 (sete) dias, os valores eventualmente pagos serão devolvidos, de imediato, pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, ou de outras formas disponibilizados pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

3.3. A contratação e/ou a alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

3.4. Nenhuma alteração neste Seguro será válida se não for feita, por escrito, com a concordância das partes contratantes.

3.5. Por parte da SulAmérica, ninguém, exceto sua diretoria, ou pessoa autorizada de conformidade com os estatutos sociais, poderá declarar aceitação de quaisquer modificações da apólice de seguro. Assim sendo, a SulAmérica não se responsabiliza por qualquer informação ou promessa que estiver escrita e assinada por pessoa não autorizada.

3.6. Caso a SulAmérica deixe de exigir o cumprimento pontual ou integral das obrigações decorrentes das Condições Contratuais ou de exercer qualquer direito ou faculdade que lhe seja atribuído, tal fato será interpretado como mera tolerância, a título de liberalidade, e não importará renúncia aos direitos ou faculdades não exercidos, nem em precedente, novação ou alteração de qualquer cláusula ou Condição Contratual.

3.7. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a SulAmérica adotará os procedimentos determinados pela legislação pertinente ou pelos órgãos públicos competentes.

3.8. Os prazos prescricionais relacionados à Apólice serão aqueles previstos na legislação em vigor.

3.9. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios e/ou Indenizações deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

3.10. O registro deste plano na susep não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

3.11. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

3.12. Para mais informações entre em contato pelos telefones:

Central de Serviços (Regiões metropolitanas): 0800-726-4935

Demais Regiões: 4004-4935

SAC: 0800-722-0504

SAC Deficientes auditivos e de fala: 0800-702-2242

Ouvidoria: 0800-725-3374

4. Definições



4.1. Para os fins destas Condições Gerais, as expressões abaixo terão os significados aqui determinados e aparecerão no texto em letra inicial maiúscula, sendo que o masculino incluirá o feminino e o singular incluirá o plural e vice-versa:

Aceitação: concordância da SulAmérica com a contratação do Risco Coberto pelo Proponente.

Acidente Pessoal: o 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 nesse conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de Indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores
- a.4) acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- a.5) acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

- b.1) as 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 acidente coberto;
- b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – Ler, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT,

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

b.4) 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.

Adaptação de veículo para Acessibilidade Física: alterações no veículo de uso do Segurado que sejam necessárias para tornar o veículo acessível em virtude da ocorrência de Acidente Pessoal coberto.

Agravamento de Risco: aumento da probabilidade de ocorrência do Risco Coberto ou da intensidade de seus efeitos por ato do Segurado.

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 os atos da vida civil.

Apólice: documento emitido pela SulAmérica, formalizando a Aceitação da cobertura solicitada pelo Proponente.

Ato Ilícito: ação ou omissão voluntária, por negligência, por imprudência ou por imperícia que viole o direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de Sinistro: comunicação específica de um Sinistro, que o Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à SulAmérica, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do Evento Coberto, devendo ser realizada imediatamente após a ocorrência do Sinistro.

Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos Capitais Segurados, na hipótese de ocorrência do Sinistro.

Boa-Fé: princípio que obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao Contrato de seguro. Neste conceito, inclui-se a obrigação do Segurado de prestar informações verdadeiras na Proposta de Contratação e declarando qualquer alteração do risco no decorrer da Vigência da Apólice.

Cancelamento da Apólice: ato pelo qual a Apólice será cancelada antes da data prevista para término de sua Vigência.

Capital Segurado: valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela SulAmérica na ocorrência do Sinistro coberto pela Apólice, vigente na data do evento.

Carência: período contado a partir do início de Vigência da Apólice ou do aumento do Capital Segurado, durante o qual, mesmo tendo sido pagos os Prêmios, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito ao recebimento da Indenização ou à diferença relativa ao aumento do Capital Segurado contratado na ocorrência do Sinistro.

Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização do seguro.

Coberturas de Risco: coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes na Proposta de Contratação, nas Condições Gerais, na Apólice e na Declaração Pessoal de Saúde e Atividade.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo as obrigações e direitos da SulAmérica, dos Segurados e dos Beneficiários.

Custeio do Seguro: o custeio desde seguro será Contributário, ou seja, o Prêmio será pago integralmente pelo Segurado.

Data do Evento: data da ocorrência do Evento/Risco Coberto.

Declaração Pessoal de Saúde e de Atividade: documento no qual o Proponente fornece, para análise da SulAmérica, informações sobre o seu estado de saúde e atividade, assinando-o e responsabilizando-se pela veracidade das informações prestadas, nos termos do artigo 766 do Código Civil.

Doença Preexistente: Doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação.

Doença de Conhecimento do Segurado: Doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação.

Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar uma cobertura, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas como: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente por Acidente Majorada, Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Doenças Graves, Aquisição de Jazigo, Funeral, Acessibilidade Física por Acidente, Diária por Incapacidade Temporária por doença ou acidente pessoal coberto com LER (Lesões por Esforço Repetitivo), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LTC (Lesão por Trauma Cumulativo) e Hérnia, DIH A - Diária por Internação Hospitalar por Acidente, DIH DA- Diária por Internação Hospitalar por Doença ou Acidente e DIH UTI - Diária por Internação Hospitalar por Doença ou Acidente em UTI, Adiantamento por Doença Terminal e Filhos Póstumos ocorrido durante a Vigência da Apólice, nos expressos termos destas Condições Gerais.

Franquia: É o período de tempo para cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro.

Hospital: Estabelecimento legalmente autorizado pelo Ministério da Saúde a funcionar como tal, e que dispõe de pelo menos 5 (cinco) leitos, para internação de pacientes, que garante um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e presença de médico 24 (vinte e quatro) horas, com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos e serviços de enfermagem durante 24 (vinte e quatro) horas, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas. Para efeito destas condições contratuais, não são hospitais: casa de saúde, ambulatórios, instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, centro de diagnóstico, centro de reabilitação, laboratórios, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.

Internação Hospitalar: Permanência do segurado em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, com a finalidade de que o segurado realize tratamento clínico ou cirúrgico resultante de acidente pessoal coberto ou doença que não possa ser realizado em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

Internação hospitalar emergencial ou não eletiva: Para fins deste seguro, é a internação hospitalar que decorre de ocorrências que exijam o atendimento médico imediato, clínico ou cirúrgico, sob pena de colocar em risco a sobrevivência do indivíduo ou de gerar incapacidade permanente. As demais internações hospitalares são consideradas não emergenciais ou eletivas.

Nascituro: É aquele que já foi gerado ou concebido, cujo nascimento é dado como certo, mas ainda não nasceu.

Paciente Terminal: Portador de doença para a qual se esgotaram os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, apresentando estado clínico irreversível, cuja ocorrência da morte seja próxima e inevitável

Período Gestacional: Período entre a concepção e o momento do parto.

Responsável Legal do Nascituro: será o pai ou a mãe, ou, em caso de ausência do pai e da mãe, será a pessoa que detenha poderes para representar o nascituro, nos termos da legislação em vigor.

Incapacidade Temporária: É o afastamento temporário do segurado das atividades relativas à sua profissão ou ocupação por incapacidade decorrente de doença ou acidente pessoal coberto e comprovada por atestado médico.

Indenização: valor a ser pago pela SulAmérica ao Segurado ou Beneficiários, quando for o caso, em virtude da ocorrência do Sinistro, respeitadas as Condições Contratuais e o limite do Capital Segurado.

Indexador: índice contratado para atualização monetária dos valores relativos ao plano. Este plano adota como indexador o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e na falta deste o INPC/IBGE Índice Nacional de Preços ao Consumidor. No caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, será utilizado outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

Início de Vigência: data a partir da qual as Coberturas de Risco propostas serão garantidas pela SulAmérica.

Liquidação do Sinistro: procedimento por meio do qual a SulAmérica, avisada de um Sinistro, apura os prejuízos ou os efeitos contratuais dele decorrentes e se pronuncia quanto ao pagamento do Capital Segurado.

Médico Assistente: profissional devidamente habilitado para a prática da medicina, de escolha do Segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados. Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da SulAmérica.

Período de Cobertura: aquele durante o qual o Segurado ou o Beneficiário, quando for o caso, fará jus ao Capital Segurado contratado.

Prêmio: Importância paga pelo Proponente/Segurado à Seguradora para garantir o risco proposto/ contratado.

Proponente: pessoa física interessada em contratar as coberturas do seguro e sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar uma cobertura, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Provisão Matemática de Benefícios Concedidos: Valor atual dos compromissos da Seguradora para com o Segurado ou Beneficiário(s) durante o período de pagamento das indenizações em forma de renda.

Regime Financeiro de Repartição Simples: estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as Indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período, sendo este o regime adotado por este plano de seguro.

Reintegração do Capital Segurado: É a recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.

Resgate: instituto que permite à Segurada, antes da ocorrência do Sinistro, o Resgate de recursos da provisão matemática de benefícios a conceder. Este plano está estruturado sob o regime financeiro de repartição simples e não prevê a possibilidade de resgate.

Risco Coberto: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente por Acidente Majorada, Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Doença Grave do Segurado, Aquisição de Jazigo, Funeral, Acessibilidade Física por Acidente, Diária por Incapacidade Temporária por doença ou acidente pessoal coberto com LER (Lesões por Esforço Repetitivo), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LTC (Lesão por Trauma Cumulativo) e Hérnia, DIH A - Diária por Internação Hospitalar por Acidente, DIH DA- Diária por Internação Hospitalar por Doença ou Acidente, DIH UTI - Diária por Internação Hospitalar por Doença ou Acidente em UTI, Adiantamento por Doença Terminal e Filhos Póstumos ocorrida durante a Vigência da Apólice.

Riscos Excluídos: riscos não cobertos pelo seguro, conforme previstos nestas Condições Gerais.

Saldamento: direito à manutenção da cobertura com redução proporcional do Capital Segurado contratado na eventualidade da interrupção definitiva do pagamento dos Prêmios. Este plano está estruturado sob o regime financeiro de repartição simples e não prevê a possibilidade de saldamento.

Segurado: pessoa física que mantém o contrato de Seguro com a Seguradora.

Unidade de Terapia Intensiva (UTI): É considerada como local destinado à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, especializada e intensiva, utilizando materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. Os cuidados ministrados aos pacientes deverão compreender:

- a) Cuidados para estabilizar os sistemas fisiológicos principais para a manutenção da vida; e
- b) Cuidados que não possam ser executados em outras unidades do Hospital, sendo imprescindível a utilização dos recursos e tecnologias próprias da UTI.

Segurados Dependentes Segurado Principal: na hipótese de contratação da Cobertura de Morte do Cônjuge, o Segurado que fez a contratação será tratado como Segurado Principal e o cônjuge como Segurado Dependente. São considerados dependentes também os filhos e enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do Imposto de renda, quando incluídos no seguro.

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

Seguro Prolongado: direito à manutenção temporária da cobertura, com o mesmo Capital Segurado contratado, na eventualidade de ocorrer a interrupção definitiva do pagamento dos Prêmios. Este plano está estruturado sob o regime financeiro de repartição simples e não prevê a possibilidade de seguro prolongado.

Sinistro: ocorrência do Risco Coberto durante o período de Vigência do Seguro.

Taxa do seguro: resultado do cálculo constante da tarifa elaborada pela SulAmérica que determinará o valor do Prêmio, sendo fixada na modalidade de faixa etária.

Tolerância: período de tempo estabelecido nestas Condições Gerais, durante o qual, mesmo ocorrendo a inadimplência do pagamento dos Prêmios, haverá o pagamento da Indenização pela SulAmérica.

Vigência do Seguro: período de tempo fixado na Apólice para validade do seguro contratado.

Vigência Individual: É o período em que o Segurado está coberto pelas coberturas deste seguro.

5. Anexos



Tabela para Cálculo de Indenização em caso de Invalidez Permanente

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre importância segurada
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e 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	Discriminação	% sobre importância segurada
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda de substância - Palato mole e duro	20
	Sistema auditivo - Amputação total de uma orelha	8
	Sistema auditivo - Amputação total das duas orelhas	12
	Perda do baço	15
	Aparelho urinário - Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Incontinência urinária permanente	30
	Aparelho urinário - Perda de um rim com rim remanescente	-
	- Com função renal preservada	25
	- Com redução da função renal (não dialítica)	50
	- Com perda da função renal (dialítica)	75
	Aparelho urinário - Perda de rim único	75
	Aparelho genital e reprodutor masculino	-
	- Amputação traumática do pênis	40
	Pescoço - Estenose da laringe com obstáculo a deglutição	18
	Pescoço - Lesão do esôfago com transtornos da função motora	17
	Pescoço - Traqueostomia definitiva	40
	Tórax - Aparelho Respiratório	-
	- Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia parcial ou total) – com:	-
	- função respiratória preservada	12
	- redução em grau mínimo da função respiratória	25
	- redução em grau médio da função respiratória	50
	- insuficiência respiratória	75
	Tórax - Mamas femininas - Mastectomia total unilateral	10
	Tórax - Mamas femininas - Mastectomia total bilateral	20
Tórax - Abdome (Órgãos e vísceras) - Gastrectomia subtotal	20	
Tórax - Abdome (Órgãos e vísceras) - Gastrectomia total	40	
Tórax – Intestino delgado - Ressecção parcial	20	

Tórax – Intestino delgado - Ressecção parcial c/ síndrome disabsortiva e/ou ileostomia definitiva	40
Tórax – Intestino grosso - Colectomia parcial	20
Tórax – Intestino grosso - Colectomia total	40
Tórax – Intestino grosso - Colostomia definitiva	40
Tórax - Reto e ânus - Incontinência fecal sem prolapso	30
Tórax - Reto e ânus - Incontinência fecal com prolapso	40
Tórax - Fígado - Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Tórax - Fígado - Lobectomia com insuficiência hepática	75
Síndromes neurológicas - Epilepsia pós-traumática	20
Síndromes neurológicas - Derivação ventrículo-peritoneal (por hidrocefalia pós-traumática)	20
Síndromes neurológicas - Síndrome pós-concussional	5

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre importância segurada
Parcial Membros Superiores	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-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Nefrectomia bilateral	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	-

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre importância segurada
Parcial Membros Inferiores	Perda total de 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 tíbioperoneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Aniquilose total de um dos joelhos	20
	Aniquilose total de um dos tornozelos	20
	Aniquilose total de um quadril	20
	Nefrectomia bilateral	25
	Amputação do 1o (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1o dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	-
	Encurtamento de um dos membros inferiores	-
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	-

Anexo II

Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF

Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos

Atributos	Escalas	Pontos
Relações do segurado com o cotidiano	1º grau: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: O segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º grau: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20

Atributos	Escalas	Pontos
Condições clínicas e estruturais do segurado	1º grau: O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º grau: O segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

Atributos	Escalas	Pontos
Conectividade do segurado com a vida	1º grau: o segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º grau: O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: o segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

Tabela de dados antropométricos, fatores de risco e morbidade

Dados antropométricos, riscos integrantes 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 sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08

Até breve!



Caso tenha alguma dúvida é só falar com a gente, estamos sempre disponíveis para te ajudar.

- **WhatsApp:** +55 11 3004-9723
- **SAC:** 0800 722 0504
0800 702 2242 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).
- **Ouvidoria:** Segunda à sexta-feira, das 8h30 às 17h30
0800 725 3374
- **Central de Serviços:** Segunda à sexta-feira, das 8h às 18h30.
4004 4935 (capitais e regiões metropolitanas)
0800 726 4935 (demais localidades)



**Quer enviar alguma
sugestão pra gente?**

[Clique aqui](#), queremos ouvir sua opinião!

