Sul América Seguros de Pessoas e Previdência S.A.
www.sulamerica.com.br

CONDIÇÕES GERAIS DO

SEGURO DE PESSOAS

SULAMÉRICA VIDA INDIVIDUAL

PRODUTO 144

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS

SULAMÉRICA VIDA INDIVIDUAL

COBERTURAS:

- **MORTE, MORTE DO CÔNJUGE;**
- **MORTE ACIDENTAL;**
- **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA;**
- **INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA – IPA-M;**
- **DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO;**
- **DOENÇAS GRAVES;**
- **INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – IFPD**
- **DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA COM LER, DORT, LTC E HÉRNIA**
- **DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA SEM LER, DORT, LTC E HÉRNIA, E**
- **FUNERAL**

SulAmérica Vida Individual
Coberturas: Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, IPA, IPA-M, DMHO, Doenças Graves, IFPD, DIT com LER, DORT, LTC e Hérnia, DIT sem LER, DORT, LTC e Hérnia e Funeral.
Processo SUSEP n° 15414.900707/2013-56

ÍNDICE

1. DAS CARACTERÍSTICAS
2. DO OBJETIVO DO SEGURO
3. DAS DEFINIÇÕES
4. DO ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS
5. DAS COBERTURAS DO SEGURO
6. DOS RISCOS EXCLUÍDOS
7. DA ACEITAÇÃO DO SEGURO
8. DAS CARÊNCIAS
9. DO CAPITAL SEGURADO
10. DOS BENEFICIÁRIOS
11. DO PAGAMENTO DE PRÊMIOS
12. DA TOLERÂNCIA E DA REABILITAÇÃO DO SEGURO
13. DA ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO
14. DA VIGÊNCIA E DA RENOVAÇÃO DO SEGURO
15. DO CANCELAMENTO DO SEGURO
16. DA PERDA DE DIREITOS
17. DA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS
18. DO MATERIAL DE DIVULGAÇÃO DO SEGURO
19. DA TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS
20. DO FORO
21. DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
22. ANEXO I - TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO DE IPA
23. ANEXO II – TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO DE IFPD

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO SULAMÉRICA INDIVIDUAL

1. DAS CARACTERÍSTICAS

1.1. **A Sul América Seguros de Pessoas e Previdência S.A.**, CNPJ n° 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. DO OBJETIVO DO SEGURO

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, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Funeral, 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, **EXCETO SE DECORRENTE DE RISCO EXCLUÍDO E DESDE QUE RESPEITADAS ESTAS CONDIÇÕES GERAIS**.

3. DAS DEFINIÇÕES

3.1. 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; e

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.

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: ato ou atos de responsabilidade do Segurado para pagamento do Prêmio e manutenção da vigência do Seguro e suas Coberturas.

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.

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, Funeral, 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, Diária por Incapacidade Temporária por doença ou acidente pessoal coberto sem LER (Lesões por Esforço Repetitivo), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LTC (Lesão por Trauma Cumulativo) e Hérnia, ocorrido durante a Vigência da Apólice, nos expressos termos destas Condições Gerais.

Franquia: É o período de tempo em dias, contado a partir da data de ocorrência do sinistro ou do evento coberto até a data do efetivo início de pagamento da indenização, conforme pactuado contratualmente. A franquia é deduzida por evento.

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.

Período Indenitário: É aquele durante o qual o Segurado fará jus ao recebimento da indenização.

Prêmio: Importância paga pelo Proponente/Segurado à Seguradora para garantir o risco proposto/contratado.

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

Proponente: pessoa física interessada em contratar as coberturas do seguro e sobre a qual se procederá à 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 custear o risco de pagamento das indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período, sendo este o regime adotado por este plano de seguro.

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.

Reintegração do Capital Segurado: É a recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.

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, Funeral, 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, Diária por Incapacidade Temporária por doença ou acidente pessoal coberto sem LER (Lesões por Esforço Repetitivo), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LTC (Lesão por Trauma Cumulativo) e Hérnia, 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.

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.**

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

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 através da idade do segurado.

Tolerância: lapso temporal em que haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s), conforme definido nas Condições Gerais;

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.

4. DO ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

4.1. Não há qualquer restrição geográfica, sendo a cobertura deste seguro válida em todo o globo terrestre. **EXCETO PARA A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO FUNERAL QUE TERÁ COBERTURA EM TERRITÓRIO NACIONAL.**

4.2. **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.

5. DA 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):

5.1. 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.

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.

5.1.1 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.

5.2. 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.

COBERTURAS ADICIONAIS: (NÃO podem ser contratadas isoladamente):

5.3. 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, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial de membro ou órgão por lesão física, conforme tabela constante no Anexo I, 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.

5.3.1. 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.

5.3.2. 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.

5.3.3. 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).

5.3.4. 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).

5.3.5. 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.

5.3.6. 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.

5.3.7. 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.

5.3.8. 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.

5.3.9. 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.

5.3.10. Em caso de invalidez parcial o Capital Segurado será reintegrado automaticamente, após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

5.3.11. 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.

5.3.12. 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 o pagamento do Capital Segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

5.3.13. A PERDA DE DENTES E OS DANOS ESTÉTICOS NÃO DÃO DIREITO A INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE.

5.3.14. 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 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.

5.4 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.

5.4.1 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.

5.4.1.1. 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.

5.4.2. 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.

5.4.3. 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.

5.4.4. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL, ASSIM COMO POR ÓRGÃOS DO PODER PÚBLICO E POR OUTRAS INSTITUIÇÕES PÚBLICO-PRIVADAS, NÃO CARACTERIZA, POR SI SÓ, A INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA.

5.4.5. A GARANTIA INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA NÃO SE ACUMULA COM AS GARANTIAS DE MORTE E MORTE ACIDENTAL

5.4.5.1 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.

5.4.6. 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.

5.4.7. QUANDO O SEGURADO ATINGIR 70 (SETENTA) ANOS DE IDADE ESTA COBERTURA SERÁ AUTOMATICAMENTE EXCLUÍDA DA APÓLICE.

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.

5.5 DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO

a) O QUE ESTÁ COBERTO

Desde que contratada, garante 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.

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

5.5.2 As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas.

5.5.3 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.

5.5.4 QUANDO O SEGURADO ATINGIR 70 (SETENTA) ANOS DE IDADE ESSA COBERTURA SERÁ AUTOMATICAMENTE EXCLUÍDA DA APÓLICE.

5.5.5 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 ESTÁ COBERTO

NÃO ESTÃO ABRANGIDAS NA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS AS DESPESAS DECORRENTES DE:

I – ESTADOS DE CONVALESCENÇA (APÓS A 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 DE SEGURO 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.

5.6 DOENÇAS GRAVES

a) O QUE ESTÁ COBERTO

Desde que contratada, garante o pagamento de indenização em decorrência do diagnóstico de qualquer das doenças graves relacionadas 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:

Derrame - 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.

Cirurgia Coronariana (Cirurgia do Coração): insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s) que resulte na necessidade de realização de cirurgia de forma a restabelecer o fluxo sanguíneo adequado ao músculo cardíaco. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

Insuficiência Renal Crônica (com necessidade de diálise): falência funcional de ambos os rins, de caráter permanente e irreversível, com a realização de diálise peritoneal e/ou hemodiálise permanente

ou transplante. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

Neoplasia maligna (câncer de mau prognóstico): tumor maligno, caracterizado pelo crescimento e multiplicação anormal de células, com indicação de tratamento cirúrgico, quimioterápico e/ou radioterápico; **COM EXCEÇÃO DAS LEUCEMIAS e CÂNCER DE PELE**; e

Necessidade de transplante de órgãos vitais: insuficiência verificada nos seguintes órgãos: coração, fígado, medula óssea, pâncreas ou pulmão, sendo comprovadamente indicado o transplante como único recurso para recuperação do órgão afetado.

5.6.1 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.

5.6.2 QUANDO O SEGURADO ATINGIR 70 (SETENTA) ANOS DE IDADE ESSA COBERTURA SERÁ AUTOMATICAMENTE EXCLUÍDA DA APÓLICE.

5.6.3 PAGA A INDENIZAÇÃO EM DECORRÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE QUALQUER DAS DOENÇAS GRAVES RELACIONADAS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS, A COBERTURA SERÁ AUTOMATICAMENTE EXCLUÍDA DA APÓLICE.

b) O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Acidente Vascular Cerebral (AVC): Ataques Isquêmicos Transitórios, qualquer alteração neurológica não resultante de Acidente Vascular Cerebral, Lesão Cerebral Resultante de Hipóxia ou Trauma;

Angioplastia: Angioplastia e qualquer outro tipo de cirurgia cardíaca que não vise à correção de insuficiência coronariana;

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

Neoplasia: Melanoma não invasivo ou classificado *in situ*, incluindo displasia cervical e outras lesões Pré-neoplásicas, câncer de pele se não for melanoma maligno, carcinoma basocelular e espinocelular, sarcoma de kaposi e outros tumores associados a AIDS, hiperplasia benigna da próstata e qualquer tipo de leucemia; e

Transplante de órgãos não relacionados entre os que estão cobertos: Transplante de tecidos, qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os transplantes relacionados no item anterior.

5.6.4 ESTA COBERTURA DE SEGURO NÃO COBRIRÁ NENHUMA DAS DOENÇAS GRAVES RELACIONADAS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS QUANDO ESTAS FOREM DECORRENTES DE

ACIDENTE PESSOAL OU EVENTOS MENCIONADOS NOS ITENS RELATIVOS AOS RISCOS EXCLUÍDOS E À PERDA DOS DIREITOS.

5.7 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.

5.7.1 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.

5.7.2 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, consequentemente, 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 da 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 Terminal, diagnosticada por Médico Assistente habilitado durante a Vigência do Certificado Individual.

5.7.3 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.

5.7.4 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 1° 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 2° ou no 3° 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.

5.7.5 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.

5.7.6 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.

5.7.7 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.

5.7.8 A SULAMÉRICA RESERVA-SE O DIREITO DE NÃO CONSIDERAR QUADROS CLÍNICOS CERTIFICADOS POR DOCUMENTOS MÉDICOS QUE APENAS CARACTERIZEM INCAPACIDADE PARCIAL E OU DE NATUREZA PROFISSIONAL.

5.7.9 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.

5.7.10 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 ESTÁ COBERTO

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.

5.8 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.

5.8.1 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.**

5.8.2 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.

5.8.3 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.

5.8.4 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.

5.8.5 A RENDA MENSAL DO SEGURADO DEVERÁ SER COMPROVADA NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO OU NA ABERTURA DO SINISTRO, FICANDO A CARGO DA SEGURADORA ESSA DEFINIÇÃO.

5.8.5.1 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;
D) FICHA FINANCEIRA.

5.8.6 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 DEDISCORDÂNCIA DA QUANTIDADE APONTADA PELO MÉDICO ASSISTENTE DO SEGURADO.

5.8.6.1 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.

5.8.7 LIMITE MÁXIMO DE DIÁRIAS

5.8.7.1 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 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 OSTEO-MUSCULARES 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 LOMOCITALGIAS, CIÁTICAS, SÍNDROME PÓS-LAMINECTOMIA, PROTUSÕES DISCAIS DEGENERATIVAS, DORSOPATIAS, CERVICOBRANQUIALGIAS.

5.8.7.2 365 (TREZENTOS E SESSENTA E CINCO) DIÁRIAS PARA DEMAIS EVENTOS COBERTOS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO OU DOENÇA, EXCETO AQUELES PREVISTOS NOS RISCOS EXCLUÍDOS.

5.8.8 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.

5.8.9 ACÚMULO DE DIÁRIAS

5.8.9.1 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.

b) <u>O QUE NÃO ESTÁ COBERTO</u>

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.

5.8.10 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.

5.8.11 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.

5.8.12 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.

5.8.13 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.

5.9 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 determinação 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.

5.9.1 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.**

5.9.2 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.

5.9.3 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.

5.9.4 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.

5.9.5 A RENDA MENSAL DO SEGURADO DEVERÁ SER COMPROVADA NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO OU NA ABERTURA DO SINISTRO, FICANDO A CARGO DA SEGURADORA ESSA DEFINIÇÃO.

5.9.6 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.

5.9.7 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.

5.9.7.1 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.

5.9.8 QUANTIDADE DE DIÁRIAS

5.9.8.1 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;

5.9.8.2 365 (TREZENTOS E SESSENTA E CINCO) DIÁRIAS PARA DEMAIS EVENTOS DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTES DE ACIDENTE OU DOENÇA EXCETO AQUELES PREVISTOS NOS RISCOS EXCLUÍDOS.

5.9.9 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.

5.9.10 ACÚMULO DE DIÁRIAS

5.9.10.1 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.

5.9.11 <u>O QUE NÃO ESTÁ COBERTO</u>

5.9.11.1 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.

5.9.12 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.

5.9.13 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.

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

5.9.15 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.

5.10 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.

5.10.1 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.

5.11 AS INDENIZAÇÕES DE MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE E INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA NÃO SE ACUMULAM.

5.12 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.

5.13 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.

5.14 SE DEPOIS DE PAGA A INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PARCIAL, VERIFICAR-SE A MORTE DO SEGURADO, DENTRO DA VIGÊNCIA DO SEGURO E EM CONSEQÜÊNCIA 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.

5.15 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.

5.16 AS COBERTURAS ADICIONAIS DESTE SEGURO PODERÃO SER CONTRATADAS ISOLADAMENTE, DESDE QUE CONTRATADA UMA DAS COBERTURAS BÁSICAS, EXCETO:

5.16.1 A COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA, QUE SÓ ESTARÁ DISPONÍVEL QUANDO CONTRATADA A COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.

5.16.2 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.

5.17 AS COBERTURAS CONTRATADAS ESTARÃO EXPRESSAS NA APÓLICE.

6 DOS RISCOS EXCLUÍDOS

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, SALVO 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 GERAIS.

6.1 Não se consideram 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.

6.2 ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS ACIMA, 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 REINCIDENTES (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 (MANDIBULA 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, SEQUELA OU REAPARECIMENTO DESTAS, OU DE SEUS SINTOMAS E SINAIS, OU AINDA, DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS OU DEGENERANTES DELAS CONSEQUENTES;

6.3 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).

6.3.1 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.

6.4 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.

6.5 ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS ACIMA, 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.

7 DA ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1 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.

7.1.1 PARA CONTRATAÇÃO DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA A IDADE MÍNIMA DE CONTRATAÇÃO SERÁ DE 18 (DEZOITO) ANOS.

7.2 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**.

7.3 Inclusão de Cônjuge

7.3.1 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.

7.3.2 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.

7.3.3 NÃO SÃO EXTENSIVAS AO CÔNJUGE AS DEMAIS COBERTURAS DESTE SEGURO.

7.3.4 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.

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

7.3.6 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.

7.4 A ACEITAÇÃO DO SEGURO PELA SULAMÉRICA ESTÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO DE CADA PROPONENTE.

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

7.6 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.

7.7 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.

7.7.1 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.

7.8 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.

7.9 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.

7.10 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.

7.11 Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias, corridos, integralmente ou deduzido da parcela "*pro rata temporis*" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizado monetariamente pela variação do Indexador estabelecido no plano. Neste caso o proponente terá cobertura de seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data de formalização da recusa.

7.12 AS OBRIGAÇÕES DA SULAMÉRICA DECORRENTES DO PLANO CONTRATADO, SOMENTE SERÃO EXIGÍVEIS APÓS A ACEITAÇÃO DA RESPECTIVA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.

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

8 DAS CARÊNCIAS

8.1 É O PERÍODO DURANTE O QUAL O SEGURADO NÃO TERÁ DIREITO ÀS GARANTIAS DESTE SEGURO.

8.2 As Carências são estabelecidas de acordo com cada cobertura, cuja contagem inicia-se a partir do início de vigência do seguro, os seguintes períodos deverão ser observados conforme abaixo:

8.2.1 NÃO HAVERÁ CARÊNCIA PARA AS COBERTURAS DE MORTE, 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 E FUNERAL.

8.2.2 PARA A COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES HAVERÁ CARÊNCIA DE 6 (SEIS) MESES, 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.

8.2.3 PARA COBERTURA DE 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 SEGUROPARA A COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, 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, ARTRITEREUMATÓIDE, 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;

8.2.3.1 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

8.2.3.2 PARA EVENTOS DECORRENTES DE ACIDENTES PESSOAIS COBERTOS NÃO HÁ CARÊNCIA.

8.2.3.3 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.

8.2.3.4 NA RENOVAÇÃO DO SEGURO, NÃO É NECESSÁRIO CUMPRIR NOVA CARÊNCIA.

8.2.4 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.

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

8.4 FRANQUIA

8.4.1 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.

8.4.2 PARA A COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA SERÁ ESTABELECIDA UMA FRANQUIA DE:

8.4.2.1 15 (QUINZE) DIAS PARA SEGURADOS QUE MANTENHAM VÍNCULO PROFISSIONAL NO REGIME DA CLT (CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO);

8.4.2.2 PARA SEGURADOS QUE FAZEM PARTE DA CATEGORIA PROFISSIONAL LIBERAL OU AUTÔNOMO A FRANQUIA PODERÁ SER, CONFORME OPÇÃO REGISTRADA NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:

8.4.2.3 10 (DEZ) DIAS PARA AFASTAMENTO POR DOENÇAS E ACIDENTES, OU

8.4.2.4 FRANQUIA REDUZIDA DE 07 (SETE) DIAS PARA AFASTAMENTO EXCLUSIVAMENTE POR ACIDENTE E 10 (DEZ) DIAS PARA DOENÇAS

8.4.3 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.

8.4.4 DURANTE O PERÍODO DE FRANQUIA O SEGURADO NÃO TERÁ DIREITO AO RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO PARA A COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA.

8.4.5 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.

9 DO CAPITAL SEGURADO

9.1 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**.

9.2 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**.

9.3 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**.

9.3.1 O CAPITAL SEGURADO PODERÁ SER ALTERADO POR SOLICITAÇÃO DO SEGURADO, DESDE QUE HAJA EXPRESSA CONCORDÂNCIA DA SULAMÉRICA COM O NOVO VALOR PROPOSTO.

9.3.2 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.

9.3.3 No caso da Aceitação da alteração do Capital Segurado será enviada nova Apólice com os novos capitais segurados.

9.4 SE A SULAMÉRICA NÃO FOR CIENTIFICADA OPORTUNAMENTE DA ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO, NA HIPÓTESE DE SINISTRO, SERÁ PAGO O CAPITAL SEGURADO ESTABELECIDO ANTERIORMENTE.

9.5 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.

9.5.1 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.

9.5.1.1 EM CASO DE SINISTRO NO PERÍODO DE CARÊNCIA DA ALTERAÇÃO DE CAPITAL, O SEGURADO SERÁ INDENIZADO PELO VALOR DA DIÁRIA ANTERIOR.

10 DOS BENEFICIÁRIOS

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

10.1 MORTE E MORTE ACIDENTAL

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

10.1.1 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.

10.1.2 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**.

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

10.1.4 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.

10.2 PARA AS COBERTURAS DE MORTE DO CÔNJUGE, INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA, INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA, DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS, DOENÇAS GRAVES E DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, O BENEFICIÁRIO DESTAS COBERTURAS SERÁ, NECESSARIAMENTE, O PRÓPRIO SEGURADO.

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

10.4 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**.

10.5 CASO O SEGURADO NÃO TENHA INDICADO BENEFICIÁRIOS, OU NA FALTA DESTES, SERÃO CONSIDERADOS COMO TAIS OS SUCESSORES LEGÍTIMOS, OBSERVADA A LEGISLAÇÃO VIGENTE.

10.6 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.

10.7 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.

11 DO PAGAMENTO DE PRÊMIOS

11.1 O Custeio do Seguro será de responsabilidade do Segurado.

11.2 O pagamento do Prêmio deverá ser efetivado conforme estabelecido na Proposta de Contratação, podendo ser de periodicidade mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual.

11.3 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.

11.4 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.

11.5 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.

11.6 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.

11.7 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.

11.8 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.

11.9 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.

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

11.10 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.

11.11 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.

11.12 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.

12 DA TOLERÂNCIA E DA REABILITAÇÃO DO SEGURO

12.1 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.

12.2 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 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC/IBGE.

12.3 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.

12.3.1 A qualquer momento, antes do término do prazo de Tolerância, o Segurado poderá 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.

12.4 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.

12.5 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.

13 DA ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

13.1 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 pelo 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 destes, outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

13.2 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.

13.3 ALÉM DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, O VALOR DOS PRÊMIOS RELATIVOS ÀS COBERTURAS DE MORTE, INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA, DOENÇAS GRAVES, DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA E FUNERAL, SOFRERÃO ACRÉSCIMO EM DECORRÊNCIA DA MUDANÇA DA IDADE DO SEGURADO E CONSEQUENTE AUMENTO DE RISCO, COM A FINALIDADE DE MANTER O EQUILÍBRIO ATUARIAL, FINANCEIRO E ECONÔMICO DO PLANO, NA FORMA DA LEI.

13.3.1 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			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%

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

Ajuste por Idade - Cobertura Doenças Graves

Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher	Idade	Ajuste Homem	Ajuste Mulher
15			29	3,94%	11,77%	43	10,91%	10,16%	57	9,44%	5,41%
16	0,00%	0,00%	30	6,87%	10,35%	44	10,13%	9,48%	58	11,54%	6,59%
17	0,00%	0,00%	31	7,93%	9,17%	45	11,13%	8,83%	59	9,95%	7,40%
18	0,00%	0,00%	32	4,71%	10,82%	46	10,95%	8,84%	60	9,56%	11,52%
19	0,00%	0,00%	33	10,51%	11,80%	47	11,34%	8,03%	61	8,61%	11,12%
20	0,00%	0,00%	34	9,18%	12,46%	48	17,39%	9,49%	62	8,21%	11,10%
21	8,99%	9,16%	35	8,17%	11,49%	49	14,85%	9,50%	63	8,74%	3,81%
22	9,29%	7,03%	36	7,79%	10,58%	50	13,87%	8,42%	64	8,07%	3,46%
23	4,19%	11,83%	37	9,25%	9,15%	51	10,79%	6,79%	65	7,13%	3,42%
24	8,76%	10,56%	38	13,59%	11,57%	52	10,01%	7,60%	66	6,60%	3,18%
25	5,95%	11,13%	39	15,11%	9,94%	53	12,34%	7,16%	67	6,29%	2,93%
26	4,48%	10,17%	40	12,55%	9,55%	54	11,28%	5,93%	68	6,64%	5,04%
27	5,01%	7,52%	41	11,46%	8,91%	55	9,80%	5,84%	69	6,33%	4,75%
28	9,44%	16,30%	42	10,86%	7,35%	56	10,74%	6,27%	70	6,41%	5,00%

Ajuste por Idade - Cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (Homem e Mulher)							
Idade	Ajuste	Idade	Ajuste	Idade	Ajuste	Idade	Ajuste
15		29	-1,49%	43	12,29%	57	10,89%
16	-1,13%	30	-1,38%	44	39,12%	58	9,81%
17	-1,15%	31	-1,39%	45	28,14%	59	-4,35%
18	-1,28%	32	-1,41%	46	21,96%	60	-4,55%
19	-1,18%	33	-8,90%	47	17,99%	61	-4,77%
20	-1,19%	34	43,15%	48	15,26%	62	-5,01%
21	-1,32%	35	30,14%	49	7,90%	63	-5,27%
22	-2,44%	36	23,16%	50	7,32%	64	-4,35%
23	-1,37%	37	18,81%	51	6,82%	65	-4,55%
24	-1,27%	38	15,83%	52	6,38%	66	12,00%
25	-1,28%	39	24,19%	53	6,00%	67	12,00%
26	-1,43%	40	19,48%	54	16,16%	68	12,00%
27	-1,32%	41	16,30%	55	13,91%	69	12,00%
28	-1,34%	42	14,02%	56	12,21%	70	12,00%

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

13.4 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.

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

13.6 As coberturas de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente por Acidente Majorada, Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas não sofrerão alteração em função da mudança de idade do Segurado.

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

14 DA VIGÊNCIA E DA RENOVAÇÃO DO SEGURO

14.1 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.

14.2 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.

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

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

14.3.1 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.

14.3.2 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.

14.4 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.

15 DO CANCELAMENTO DO SEGURO

15.1 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.

15.2 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.

15.3 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.

15.4 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.

15.5 Paga a Indenização por Morte, Morte Acidental, Funeral ou 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.

15.6 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.

15.7 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.

16 DA PERDA DE DIREITOS

16.1 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.

16.2 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. CONSIDERAM-SE ALTERAÇÕES DE RISCO, AS SEGUINTES OCORRÊNCIAS:

A) MUDANÇA DE PROFISSÃO DO SEGURADO;
B) MUDANÇA DE RESIDÊNCIA DO SEGURADO PARA OUTRO PAÍS;
C) PRÁTICA DE ESPORTES (PROFISSIONAL OU AMADOR) COMO ESQUI, PARAQUEDISMO, ESCALADA, MOTO VELOCIDADE E DEMAIS ESPORTES CONSIDERADOS DE ALTO RISCO;

16.2.1 TAL COMUNICAÇÃO SERÁ SUBMETIDA NOVAMENTE À ANÁLISE DE ACEITAÇÃO DE RISCO.

16.3 O SEGURADO ESTÁ OBRIGADO A COMUNICAR À SOCIEDADE SEGURADORA, LOGO QUE O SAIBA, QUALQUER FATO SUSCETÍVEL DE AGRAVAR O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À COBERTURA, SE FICAR COMPROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ.

16.4 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.

16.4.1 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.

16.4.2 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.

16.5 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:

A) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONAMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU

B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU DEDUZINDO DO PREMIO A SER PAGO AO SEGURADO OU AO BENEFICIÁRIO OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS

17 DA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

17.1 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.

17.2 Para a regulação do Sinistro deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos, de acordo com cada Evento Coberto:

17.3 MORTE, MORTE DO CÔNJUGE e MORTE ACIDENTAL

17.3.1 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, com firma reconhecida, pelo médico do Segurado, detalhando e atestando o seu quadro clínico;

c) Cópia autenticada da certidão de óbito do Segurado;
d) Cópia autenticada da certidão de casamento;
e) Cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado;
f) Cópia autenticada do CPF do Segurado;
g) Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado;
h) Cópia autenticada do boletim de ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim se houver;
i) Cópia autenticada da carteira nacional de habilitação e cópia autenticada do Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
j) Cópia autenticada do Laudo do Exame de Corpo de Delito;
k) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia;
l) Cópia autenticada do Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etílica e/ou Toxicológica;
m) 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;
n) Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), se houver.

17.3.2 Documentos do Beneficiário

a) Pessoa Física: cópia autenticada do RG, CPF, telefone e comprovante de residência. Em caso de tutela ou curatela do Beneficiário, cópia autenticada do respectivo termo, bem como cópia autenticada do RG, CPF, telefone e comprovante de residência do tutor ou curador.

b) Pessoa Jurídica: cópia autenticada do estatuto ou contrato social, cartão do CNPJ, telefone 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: cópia autenticada (i) da carteira de identidade e do CPF, se houver, (ii) da certidão de nascimento, se o(s) descendente(s) for(em) menor(es) de idade, e (iii) de comprovante de residência que comprove o endereço completo do(s) descendente(s);

Ascendentes: declaração de inexistência de cônjuge e descendente(s) do Segurado falecido com firma reconhecida e cópia autenticada (i) da certidão de nascimento, (ii) da carteira de identidade, (iii) do CPF e (iv) de comprovante de residência que comprove o endereço completo do(s) ascendente(s);

Cônjuge: declaração de inexistência de descendente(s) do Segurado falecido com firma reconhecida e cópia autenticada (i) da certidão de casamento atualizada, (ii) da carteira de identidade, (iii) do CPF e (iv) de comprovante de residência que comprove o endereço completo do cônjuge;

Companheiro(a): declaração de inexistência de descendente(s) do Segurado falecido com firma reconhecida e cópia autenticada (i) da carteira de identidade, (ii) do CPF, (iii) de comprovante de residência que comprove o endereço completo do(a) companheiro(a), (iv) de 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 e cópia autenticada (i) da carteira

de identidade, (ii) do CPF e (iii) de comprovante de residência que comprove o endereço completo do(s) colateral(is).

17.4 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA E INVALIDEZ PERMANTE POR ACIDENTE MAJORADA – IPA-M

17.4.1 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, com firma reconhecida, pelo médico do Segurado, detalhando e atestando o seu quadro clínico;
c) Cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado;
d) Cópia autenticada do CPF do Segurado;
f) Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado;
e)Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao Segurado, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente.
f) Cópia autenticada do boletim de ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim se houver;
g) Cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
h) Cópia autenticada do Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
i) Cópia autenticada do Laudo do Exame de Corpo de Delito;
j) Cópia autenticada do Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etílica e/ou Toxicológica;
k) 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;
l) Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), se houver.

17.5 DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORARIA - DIT

17.5.1 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, com firma reconhecida, pelo médico do Segurado, detalhando e atestando o seu quadro clínico;
c. Cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado;
d. Cópia autenticada do CPF do Segurado;
e. Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado;
f. Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao Segurado, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de 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. Atestado médico original comprovando o afastamento;
i. Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente.
j. Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado.
k. Cópia autenticada do Laudo de Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente;

l. Quando houver internação ou atendimento em hospital ou clínica, deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do (s) seus (s) médicos (s) assistente(s).
m. Cópia de ficha médica hospitalar de atendimento emergencial;
n. Cópia autenticada de comprovante de exercício de atividade profissional;
o. Cópia autenticada do comprovante de renda mensal, que poderá ser um dos seguintes documentos:
- holerite/contracheque (demonstrativo de pagamento), declaração oficial do imposto de renda, decore(declaração comprobatória de percepção de rendimentos) .

17.5.2 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.

17.5.3 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.

17.6 DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

17.6.1 **Do Segurado**

a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;
b) Cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
c) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação e do Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
d) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim, se houver;
e) Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), se houver;
f) Relatórios Médicos relacionados ao primeiro atendimento e à alta clínica definitiva, integralmente preenchida e assinada pelos médicos do Segurado, com firmas reconhecidas;
g) Cópia autenticada do Laudo do Exame de Corpo de Delito;
h) Cópia autenticada de Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etílica e/ou Toxicológica;
i) 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;
j) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas objeto do pedido de reembolso.

17.6.2 **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

17.7 DOENÇAS GRAVES

17.7.1 **Do Segurado**

a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;
a) Relatório Médico integralmente preenchido e assinado pelo médico do Segurado (com firma reconhecida), 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;
b) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, comprobatórios do início da doença, incluindo laudos e resultados de exames;
c) Cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado;
d) Cópia autenticada do CPF do Segurado;
e) Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado;
f) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela, se houver, relacionado ao Segurado, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e do comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente;
g) Radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá estar assinado por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado;
h) Laudo médico com o diagnóstico da doença grave coberta, devidamente preenchido e assinado pelo médico do Segurado, com firma reconhecida:
i.1) Acidente Vascular Cerebral (AVC): laudo médico preenchido e assinado por médico de especialidade neurológica, diagnosticando o Acidente Vascular Cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a sequela decorrente, bem como a comprovação com exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética;
i.2) Cirurgia Coronariana: laudo médico preenchido e assinado por médico de especialidade em cirurgia cardíaca ou hemodinâmica, diagnosticando a insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), e com a expressa indicação da necessidade de realização de cirurgia cardíaca com tórax aberto ou a angioplastia através de cateterismo cardíaco comprovado por exames apropriados;
i.3) Insuficiência Renal Crônica: laudo médico preenchido e assinado por médico de especialidade em nefrologia, diagnosticando a falência funcional de ambos os rins, de caráter permanente e irreversível, acompanhado de exames complementares apropriados;
i.4) Neoplasia: laudo médico preenchido e assinado por médico especialista em oncologia, diagnosticando o tumor maligno, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterápico e/ou radioterápico, de exames citológicos e histológicos apropriados;
i.5) Transplante de Órgãos Vitais: laudo médico preenchido e assinado por dois médicos na especialidade da patologia em questão, diagnosticando a necessidade do transplante como único recurso para recuperação do órgão afetado, acompanhado de exames complementares apropriados.

17.8 INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

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 (com firma reconhecida), 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) Documento que comprove o vínculo do Segurado com o Estipulante;

e) Cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado;
f) Cópia autenticada do CPF do Segurado;
g) Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado;
j) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao Segurado, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente.

17.9 FUNERAL

17.9.1 REEMBOLSO DE DESPESAS COM O FUNERAL

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

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

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

c) **Pessoa Física:** cópia do CPF, carteira de identidade, telefone e comprovante de residência.
d) **Pessoa Jurídica:** cópia do cartão do CNPJ, telefone e comprovante de endereço.

17.9.2 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.

17.9.2.1 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.

17.9.2.2 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.

17.9.2.3 EVENTUAIS ENCARGOS DE TRADUÇÃO, NECESSÁRIOS À LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO REFERENTE A DESPESAS EFETUADAS NO EXTERIOR FICARÃO INTEGRALMENTE A CARGO DA SULAMÉRICA.

17.10 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.

17.11 EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL, A SULAMÉRICA PODERÁ SOLICITAR OUTROS DOCUMENTOS OU INFORMAÇÕES PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO.

17.12 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.

17.13 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.

17.14 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.

17.15 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 1° (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.

17.15.1 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.

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

17.16 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.

17.17 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**.

17.18 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.

17.19 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.

17.20 O pagamento da indenização das coberturas de Morte, Morte do Cônjuge, Morte Acidental, Invalidez Permanente por Acidente Majorada, Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Doenças Graves e Funeral, serão realizados sob a forma de parcela única, exceto para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente que poderá ser paga de forma integral ou proporcional, dependendo do grau da lesão apurada conforme tabela constante no Anexo I.

17.21 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.

17.22 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.

17.23 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.

17.24 TODAS AS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO EVENTO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO. AS COMPROBATÓRIAS DA EXCLUSÃO DE COBERTURA CORRERÃO POR CONTA DA SEGURADORA.

17.25 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.

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

17.26.1 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.

17.27 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.

17.28 Junta Médica:

17.28.1 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.

17.28.2 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**.

17.28.3 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.

18 DO MATERIAL DE DIVULGAÇÃO DO SEGURO

18.1 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.

18.2 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.

19 DA TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

19.1 OS DIREITOS DECORRENTES DO RISCO COBERTO GARANTIDO, OBSERVADAS AS DISPOSIÇÕES DESTAS CONDIÇÕES GERAIS, NÃO PODERÃO SER TRANSFERIDOS, CEDIDOS OU ONERADOS DE QUALQUER FORMA.

20 DO FORO

20.1 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.

20.2 Na hipótese de inexistência de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

21 DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

21.1 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.

21.2 Nenhuma alteração neste Seguro será válida se não for feita, por escrito, com a concordância das partes contratantes.

21.2.1 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.

21.3 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.

21.4 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.

21.5 Os prazos prescricionais relacionados à Apólice serão aqueles previstos na legislação em vigor.

21.6 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.

21.7 O REGISTRO DESTE PLANO NA SUSEP NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, INCENTIVO OU RECOMENDAÇÃO À SUA COMERCIALIZAÇÃO.

21.8 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.

21.9 Para mais informações entre em contato pelos telefones:

- Central de Serviços: Regiões metropolitanas – 0800.726.4935
Demais Regiões – 4004-4935
- SAC – 0800.725.1894
- SAC Deficientes auditivos e de fala – 0800.702.2242
- Ouvidoria: 0800.725.3374

Anexo I

Tabela para Cálculo de Indenização em caso de Invalidez Permanente

Inv. 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
Parcial diversas	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	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

Inv. Permanente	Discriminação	% sobre importância segurada
Parcial diversas	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 com 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
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 metarcarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	

Inv. Permanente	Discriminação	% sobre importância segurada
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos 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
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º 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 Existênciais, 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**

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	**1° 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**
	2° 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**
	3° 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**

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	**1° 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**
	2° 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**
	3° 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 INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	**02**
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	**02**
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	**04**
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	**04**
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	**08**