

CONDIÇÕES GERAIS

PLANO INDIVIDUAL
PROCESSO SUSEP
15414.004129/2006-04

PLANO INDIVIDUAL

Versão
12_2023

Razão Social: HDI Seguros do Brasil S.A.

Endereço: Avenida das Nações Unidas, nº 14.261, Conj. 2301A, Ala A, Cond.
WT Morumbi, Vila Gertrudes, CEP 04794-000

CNPJ: 49.786.401/0001-08

www.grupohdiseguros.com.br

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, para prevenir, esclarecer e solucionar conflitos não atendidos pelos canais de atendimento habituais.

Canais de Atendimento

Grande São Paulo: 3156-2990 – Demais Localidades: 0800 77 19 119 – SAC: 0800 77 19 719
Ouvidoria: 0800 77 32 527 - Disque Denúncia: 0800 015 31 56
Deficientes Auditivos ou de Fala: formulário disponível em
www.grupohdiseguros.com.br/atendimento/sac

Processo SUSEP: 15414.004129/2006-04

Versão: 12.2023

O Seguro de Pessoas Plano Individual, descrito nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais, estão registrados no 4º Oficial de Registro de Títulos e Documentos de São Paulo, sob o número 5.192.745.

Observações Importantes:

1. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
2. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
3. A aceitação da proposta de contratação está sujeita à análise do risco

Prezado(a) Sr(a)

Parabéns!

Seja bem-vindo à crescente família de segurados do Grupo HDI Seguros .

A partir de agora, você e sua família contarão com a tranquilidade e proteção do Grupo HDI Seguros.

Caso venha a faltar, sua ajuda financeira terá continuidade através deste seguro.

Apresentamos a seguir as Condições Gerais e Especiais do seguro Vida Individual, que estabelecem as normas de funcionamento das coberturas contratadas.

Deverão ser consideradas apenas as Condições Especiais correspondentes às coberturas contratadas.

Lembre-se: o Grupo HDI Seguros e seu Corretor estarão sempre prontos para atender suas necessidades de proteção, agora e no futuro.

Atenciosamente

Grupo HDI Seguros

Canais de Atendimento

Grande São Paulo - 3156-2990
Demais Localidades - 0800 77 19 119

SAC - Cancelamento, Reclamações, Informações Gerais:
HDI Vida - 0800 77 19 719
www.consumidor.gov.br

Ouvidoria: 0800 77 32 527

Atendimento Deficiente Auditivo e de Fala acesse:
www.grupohdiseguros.com.br

A Ouvidoria do Grupo HDI Seguros é um canal de comunicação adicional, que permite aos segurados, beneficiários e corretores manifestarem suas opiniões sobre os produtos e serviços disponibilizados pela Seguradora. Ela não substitui e nem invalida a atuação dos diversos setores e departamentos da Seguradora no atendimento das demandas de segurados e corretores, devendo ser acionada apenas como último recurso para solução de algum problema ou conflito junto a Seguradora.

As solicitações e reclamações devem ser encaminhadas contendo informações mínimas para a devida análise: o nome do segurado/beneficiário, CPF/CNPJ, ramo do seguro, número da apólice/proposta, número do sinistro (se houver), descrição detalhada do assunto, telefone e e-mail para contato e o número do protocolo do canal de atendimento utilizado antes de acionar a Ouvidoria. O número do protocolo do atendimento anterior é obrigatório para registrar uma demanda na Ouvidoria. Caso a demanda seja feita na Ouvidoria sem o número do protocolo, a mesma será direcionada ao SAC.

Os assuntos recebidos serão analisados e respondidos em até 15 dias contados a partir da data do recebimento da manifestação.

De segunda a sexta feira das 8h30 às 17h30.

**CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS
PLANO INDIVIDUAL**

INDICE GERAL

GLOSSÁRIO.....	10
1. DAS TERMINOLOGIAS DO SEGURO.....	10
2. DAS TERMINOLOGIAS DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS	12
I - CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS - PLANO INDIVIDUAL.....	14
1. OBJETIVO DO SEGURO	14
2. COBERTURAS	14
3. ÂMBITO GEOGRAFICO DAS COBERTURAS	14
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	14
5. CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO DE PROPONENTES	16
6. VIGÊNCIA DA APÓLICE.....	17
7. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S).....	17
8. DA RENOVAÇÃO.....	18
9. CAPITAL SEGURADO	18
10. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO	19
11. PAGAMENTO DO PRÊMIO	19
12. OCORRÊNCIA DE SINISTROS.....	20
13. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	21
14. JUNTA MÉDICA	21
15. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	22
16. CANCELAMENTO DO SEGURO	23
17. PERÍODO DE FRANQUIA.....	23
18. CARÊNCIA	23
19. PRESCRIÇÃO	23
20. FORO CONTRATUAL	23
II – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE.....	24
1. OBJETIVO DA COBERTURA MORTE	24
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	24
3. CAPITAL SEGURADO	24
4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	24
5. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	24
6. REENQUADRAMENTO ANUAL DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	25
III – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL	27
1. OBJETIVO DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL.....	27
2. CONCEITO DE ACIDENTES PESSOAIS	27
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	27
4. CAPITAL SEGURADO	28
5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	28
6. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	28
IV – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE	29
TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	29

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE ...	29
2. CONCEITOS.....	29
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	31
4. CAPITAL SEGURADO.....	32
5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	32
6. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	32
V – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	33
1. OBJETIVO DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....	33
2. CONCEITOS.....	33
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	34
4. CAPITAL SEGURADO.....	34
5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	35
6. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	35
VI – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA.....	36
1. OBJETIVO DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA	36
2. CONCEITOS.....	36
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	37
4. CAPITAL SEGURADO.....	37
5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	37
6. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ	38
7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	40
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	40
9. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	40
10. REENQUADRAMENTO ANUAL DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	40
VII – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE COM PAGAMENTO ANTECIPADO POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA	42
1. OBJETIVO DA COBERTURA DE MORTE COM PAGAMENTO ANTECIPADO POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA.....	42
2. CONCEITOS.....	42
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	43
4. CAPITAL SEGURADO.....	43
5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	43
6. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ	44
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	47
8. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	47
9. REENQUADRAMENTO ANUAL DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	47
VIII – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS.....	50
1. OBJETIVO DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS	50
2. CONCEITO DE ACIDENTES PESSOAIS	50
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	51

4. LIVRE ESCOLHA	51
5. COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS	51
6. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES	51
7. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE	52
8. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA	52
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	52
IX - CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE	53
1. OBJETIVO DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE	53
2. PERÍODO DE FRANQUIA	53
3. RISCOS EXCLUÍDOS	53
4. LIMITE DE DIÁRIAS	53
5. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE	53
6. PAGAMENTO DA DIÁRIA DE INCAPACIDADE	53
7. CESSAÇÃO DA GARANTIA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE	54
8. DATA DO EVENTO	54
9. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA	54
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	54
X - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES	55
PLANO BÁSICO – 5 TIPOS	55
1. OBJETIVO DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES 5 TIPOS	55
2. RISCOS COBERTOS	55
3. CONCEITOS E DEFINIÇÕES	55
4. RISCOS EXCLUÍDOS	56
5. CAPITAL SEGURADO	57
6. CARÊNCIA	57
7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	57
8. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL	57
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	57
10. REENQUADRAMENTO ANUAL DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	58
XI - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES	59
PLANO ESTENDIDO – 10 TIPOS	59
1. OBJETIVO DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES PLANO ESTENDIDO- 10 TIPOS	59
2. RISCOS COBERTOS	59
3. CONCEITOS E DEFINIÇÕES	59
4. RISCOS EXCLUÍDOS	61
5. CAPITAL SEGURADO	62
6. CARÊNCIA	62
7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	62
8. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL	62
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	62
10. REENQUADRAMENTO ANUAL DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	63
XII - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	64
1. OBJETIVO DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	64

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL.....	64
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	65
4. CAPITAL SEGURADO.....	65
5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA.....	65
6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO.....	65
7. RATIFICAÇÃO.....	65
8. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	65
9. REENQUADRAMENTO ANUAL DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	65
XIII - CONDIÇÃO ESPECIAL PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE CÔNJUGE.....	68
1.OBJETIVO DA CONDIÇÃO ESPECIAL DE DEPENDENTE CÔNJUGE.....	68
2. DEFINIÇÃO DE CÔNJUGE.....	68
3. COBERTURAS.....	68
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	68
5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO.....	68
6. CAPITAL SEGURADO.....	68
7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO.....	68
8. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL.....	68
9. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	69
XIV - CONDIÇÃO ESPECIAL PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S) FILHO(S).....	70
1. OBJETIVO DA CONDIÇÃO ESPECIAL DE DEPENDENTE(S) FILHO(S).....	70
2. DEFINIÇÃO DE FILHOS.....	70
3. COBERTURAS.....	70
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	70
5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO.....	70
6. CAPITAL SEGURADO.....	70
7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO.....	70
8. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL.....	70
9. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	71
XV - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES.....	72
PLANO ESPECIAL – 16 TIPOS.....	72
1. OBJETIVO DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES PLANO ESPECIAL- 16 TIPOS.....	72
2. RISCOS COBERTOS.....	72
3. CONCEITOS E DEFINIÇÕES.....	73
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	76
5. CAPITAL SEGURADO.....	76
6. CARÊNCIA.....	76
7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	76
8. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL.....	77
9. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	77
10. REENQUADRAMENTO ANUAL DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	77
XVI- CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES.....	79
PLANO MASTER – 20 TIPOS.....	79

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES PLANO MASTER- 20 TIPOS	79
2. RISCOS COBERTOS	79
3. CONCEITOS E DEFINIÇÕES.....	80
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	83
5. CAPITAL SEGURADO	84
6. CARÊNCIA	84
7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	84
8. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL.....	84
9. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	85
10. REENQUADRAMENTO ANUAL DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE.....	85

GLOSSÁRIO

1. DAS TERMINOLOGIAS DO SEGURO

Aceitação do Risco: ato de aprovação pelo Grupo HDI Seguros da proposta de seguro efetuada pelo Proponente, para cobertura de seguro de determinado(s) risco(s), após análise.

Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

Agravamento de Risco: toda e qualquer ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance da ocorrência do sinistro.

Apólice: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

Atividade Profissional: ocupação profissional declarada pelo Segurado, reconhecida legalmente, da qual ele aufera seu rendimento e provém seu sustento.

Atividade Laborativa Principal: aquela por meio da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual.

Ato Doloso: ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

Ato Ilícito: toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado ou beneficiário ao Grupo HDI Seguros, assim que dele tenha conhecimento.

Beneficiário(s): pessoa natural ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Boa-fé: no contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que devem ter o Segurado e o Grupo HDI Seguros, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios e convictos de que atuam em conformidade com a lei.

Cancelamento: dissolução antecipada do contrato de seguro.

Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

Carência: período durante o qual o Grupo HDI Seguros está isento de qualquer responsabilidade indenizatória, ainda que se verifique a existência de Sinistro passível de cobertura.

Coberturas de risco: coberturas de 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 de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

Condições Especiais: conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura do seguro, que eventualmente alteram e prevalecem sobre as Condições Gerais.

Condições Gerais: conjunto das cláusulas da apólice que tem aplicação geral a todos os seguros de determinado ramo ou modalidade de seguro ou coberturas, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

Condições e/ou Cláusulas Particulares: alterações específicas e particulares relativas a cada modalidade e/ou cobertura do seguro, que alteram e prevalecem sobre as Condições Gerais e Especiais.

Contrato de Seguro: instrumento jurídico firmado entre o Segurado e o Grupo HDI Seguros, que estabelece as peculiaridades da contratação de seguro e fixam os direitos e obrigações da Seguradora, do Segurado e do(s) Beneficiário(s).

Corretor de Seguros: pessoa natural ou jurídica legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras do Mercado e o Segurado. É um profissional autônomo escolhido pelo Segurado e/ou seu representante legal junto à Seguradora.

Data do Evento: data de caracterização do sinistro, definida de acordo com as Condições Especiais de cada uma das coberturas contratadas na Apólice.

Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido pelo Segurado ou pelos Beneficiários emite sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Declaração Pessoal de Saúde: documento formal e legal incluso na Proposta de Contratação em que o Proponente ou Segurado, presta informações sobre as suas condições de saúde, assinando e responsabilizando-se pela veracidade e detalhamento das informações prestadas na data da assinatura da Proposta de Contratação.

Doenças ou Lesões Preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de qualquer alteração evidente do seu estado de saúde que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro e que poderá ser identificado pelo Grupo HDI Seguros por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais ou quaisquer outros meios.

Endosso: documento expedido pelo Grupo HDI Seguros, a pedido do Segurado, durante a Vigência da Apólice pelo qual a Seguradora aceita a alteração de dados, modificação de condições, Coberturas ou Beneficiários.

Evento Coberto: acontecimento futuro e incerto, previsto nas Coberturas do seguro, ocorrido durante a sua vigência e não excluído nas Condições Gerais ou Especiais do contrato de seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s).

Formulário de Aviso de Sinistro: documento fornecido ao Corretor de Seguros para ser entregue ao Segurado ou Beneficiário para o devido preenchimento, devolvendo com os documentos básicos solicitados nas Condições Gerais e Especiais, quando da ocorrência de um evento. É o documento obrigatório para que seja feita a comunicação formal da ocorrência do sinistro.

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

Indenização: pagamento efetuado pelo Grupo HDI Seguros ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), quando da ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do contrato de seguro.

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

Médico Assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que estejam emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações etc.) para quem interessar, sob autorização do paciente. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nesses casos nenhuma indenização por parte do Grupo HDI Seguros.

Natimorto: criança que ao nascer já se encontra morta.

Período de Cobertura: período durante o qual o Segurado ou -Beneficiário(s) quando for o caso, fará(ão) jus ao capital contratado.

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

Processo SUSEP: é o número de registro deste Produto na SUSEP.

Proponente: pessoa natural interessada em contratar a(s) cobertura(s) do seguro ou aderir ao contrato.

Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Regime Financeiro de Repartição Simples: aquele por meio do qual repartem-se ou dividem-se entre os segurados num período considerado os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados neste mesmo período.

Regulação de Sinistro: conjunto de procedimentos realizados na ocorrência de um sinistro para apuração de suas causas e circunstâncias envolvidas, com vistas à caracterização do risco ocorrido e seu enquadramento no seguro.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pela apólice de seguro.

Seguradora: sociedade que, mediante recebimento do prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto. É a HDI Seguros do Brasil S.A. (nova denominação social da Sompo Consumer Seguradora S.A., em fase de homologação pela SUSEP).

Segurado: pessoa natural sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Segurados Dependentes: o cônjuge ou companheiro(a) e os filhos dependentes do Segurado Principal, assim considerados de acordo com a legislação da Previdência Social e do Imposto de renda.

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

Vigência: período de tempo que determina a data de início e de término do Contrato de Seguro.

2. DAS TERMINOLOGIAS DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS

Agravo Mórbido: evolução com piora de uma doença.

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

Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas neuro-músculo-esqueléticas destinadas ao deslocamento do corpo humano. Fornece a capacidade de mover-se pela marcha, deslocando-se de um lugar para outro por meio de diversos órgãos (músculo, articulações, ossos e nervos) comandados e coordenados pelo Sistema Nervoso.

Atividade Laborativa: qualquer atividade ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.

Auxílio: ajuda por meio de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina. É o conjunto das atividades de diagnóstico, tratamento, encaminhamento de um paciente e prevenção de agravos ao mesmo, além de atividades como perícia e direção de equipes médicas.

Cardiopatía Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatía Grave”.

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

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

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

Dados Antropométricos: conjunto de informações relativas às medidas do corpo humano e seus componentes internos e externos, através de técnicas utilizadas (medidas diretas e indiretas) para dimensionar o corpo humano ou suas partes.

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

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

Disfunção imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes considerados estranhos pelo organismo, externos ou internos, causadores de doença ou distúrbios graves.

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

Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar de tratamento. (doença crônica agudizada ou agudização de doença crônica).

Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se evolui em curso de piora, com ou sem do tratamento.

Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade (sem horizonte terapêutico), sendo o Segurado considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente. Aquela para a qual o único tratamento institucionalizado é o paliativo para aliviar dores e desconfortos.

Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade, necessitando de laudos de exame Anátomo-Patológico para sua classificação definitiva.

Doença Profissional: aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.

Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

Etiologia: causa de cada doença ou mecanismo de estabelecimento de um quadro patológico.

Fatores de Risco e Morbidade: fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interagem podendo, inclusive, levar a óbito.

Hígido: saudável.

Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença. Expectativa de recuperação ou de sobrevivência de um paciente, em função do diagnóstico e evolução da doença.

Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente e relatadas por um médico.

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

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

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

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

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

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

I - CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS - PLANO INDIVIDUAL

A HDI Seguros do Brasil S.A. (nova denominação social da Sompo Consumer Seguradora S.A., em fase de homologação pela SUSEP), institui o Seguro de Pessoas - Plano Individual, descrito nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais.

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir, de acordo com a(s) cobertura(s) constante(s) na apólice, indicada(s) na Proposta de Contratação, o pagamento do capital segurado ao próprio Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), em função da ocorrência de evento coberto, durante o período de vigência da apólice e mediante o pagamento do prêmio correspondente, respeitado o disposto nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas disposições legais aplicáveis.

2. COBERTURAS

2.1. As coberturas passíveis de contratação para este seguro são as abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações oferecidas pelo Grupo HDI Seguros e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais:

- a) Cobertura de Morte
- b) Cobertura de Morte Acidental
- c) Cobertura de Invalidez Permanente Total e Parcial por Acidente
- d) Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente
- e) Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença
- f) Cobertura de Morte com Pagamento Antecipado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença
- g) Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente
- h) Cobertura de Doenças Graves Básica
- i) Cobertura de Doenças Graves Estendida
- j) Cobertura de Diárias por Incapacidade
- k) Cobertura de Assistência Funeral
- l) Condição Especial para Inclusão de Dependente Cônjuge
- m) Condição Especial para Inclusão de Dependente(s) Filho(s)
- n) Cobertura de Doenças Graves Completa
- o) Cobertura de Doenças Graves Master

2.2. Para caracterização deste Contrato de Seguro de Vida, somente poderá ser contratada a cobertura de Morte ou Morte com Pagamento Antecipado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, não sendo possível a contratação simultânea destas duas Coberturas.

2.3. Para menores de 14 (quatorze) anos é permitido exclusivamente o pagamento do reembolso de despesas com funeral.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

3.1. O âmbito geográfico das coberturas será em todo Globo Terrestre, salvo disposição em contrário discriminada nas Condições Especiais, Contratuais ou na especificação da respectiva apólice.

3.2. Quando for o caso, eventuais encargos de tradução juramentada, referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo do Grupo HDI Seguros, o qual deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecida, atualizado monetariamente nos termos da legislação civil vigente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos das coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) direta ou indireta, resultantes de, ou para os quais tenham contribuído, radiações ionizantes de contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, ou de resíduo nuclear, resultante de combustão de material nuclear, bem como os direta ou indiretamente causadas por armas nucleares, ficando ainda entendido que, para fins desta exclusão a palavra combustão abrangerá qualquer processo auto sustentador de fusão nuclear;
 - b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, rebelião, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes, greves, tumultos, motins, "lock-out", exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio a outrem;
 - c) de doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, não declaradas na Proposta de Contratação, e que eram de conhecimento do Segurado no momento da contratação, inclusive as congênicas;
 - d) de doenças preexistentes à contratação do seguro que foram excluídas através de expresso acordo entre as partes (Proponente e Seguradora), conforme alínea a1 do item 5.1 (Condições de Aceitação);
 - e) da morte e invalidez do Segurado provocada por epidemia ou pandemia declarada pela autoridade competente;
 - f) de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir da data do início da vigência do seguro;
 - g) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - h) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.
 - i) direta ou indiretamente de ato terrorista, cabendo o Grupo HDI Seguros comprovar com toda documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independentemente do seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;
 - j) da prática de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro;
 - j.1) Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes legais.
 - k) de acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em apostas ou rachas, exceto na prática de esportes e nos casos em que o mesmo tenha comunicado tal prática ao Grupo HDI Seguros e está tenha expressamente aceitado o risco;
 - l) de acidentes ocorridos onde o Segurado, na condição de condutor do veículo ou equipamento que requeira aptidão, não possua habilitação legal para tanto.
- 4.2. Este seguro também não garante:
- a) danos morais e/ou estéticos;
 - b) quaisquer tipos de perda e danos, lucros cessantes, interrupção de renda e pensionamento;
 - c) qualquer tipo de evento cuja cobertura não tenha sido contratada.
- 4.3. Tendo em vista que este contrato garante o pagamento de um capital pré-determinado em virtude da ocorrência de sinistros cobertos de acordo com as coberturas contratadas, nenhuma indenização será devida seja a que título for diferente das previstas, ainda que decorrentes de eventos cobertos.

5. CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO DE PROPONENTES

5.1. Somente poderão ser aceitas no seguro as pessoas que na data do preenchimento da Proposta de Contratação:

a) estejam em boas condições de saúde e em plena atividade profissional/laborativa ou, no caso de aposentados, desde que o sejam por tempo de serviço;

a.1) Excepcionalmente, em caso de expresse acordo entre as partes (Seguradora e Proponente), é admitida a contratação do seguro com a exclusão de coberturas para eventos ocorridos em decorrência de doenças preexistentes específicas declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta de contratação. Nessa hipótese, a apólice deverá discriminar claramente as doenças preexistentes objetos de exclusão de cobertura;

b) não estejam afastados do trabalho, independentemente do motivo; e

c) tenham idade e capitais segurados dentro dos limites estabelecidos nas Condições Contratuais da apólice.

5.2. A inclusão do Proponente no seguro far-se-á mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação, contendo no mínimo, além dos dados pessoais, o número do CPF, RG ou outro documento oficial com validade no território nacional, o plano escolhido com as respectivas coberturas, prêmios devidos, período de cobertura, declaração de conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais e Especiais do seguro, declaração de saúde, indicação de seu(s) Beneficiário(s), existência de outros seguros de pessoas com coberturas similares, bem como as demais informações previstas nestas Condições Gerais.

5.2.1. A Proposta de Contratação será recepcionada pelo Grupo HDI Seguros sob protocolo com indicação da data e hora de seu recebimento e com base na declaração prestada pelo Proponente, fará a análise para aceitação ou recusa do risco proposto.

5.3. Os Proponentes portadores de deficiência deverão ressaltar o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação da responsabilidade do Grupo HDI Seguros.

5.4. Recebida a Proposta de Contratação com todos os dados obrigatórios preenchidos e entregues, a mesma será integralmente aceita, abrangendo todas as coberturas, caso o Grupo HDI Seguros não se manifeste formalmente ao proponente, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.

5.5. O prazo de 15 (quinze) dias, do item 5.4 desta Cláusula será suspenso se o Grupo HDI Seguros solicitar a apresentação de novos documentos ou informações, complementares ou explicativas às contidas na Proposta de Contratação.

5.5.1. A contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada, desde que não ultrapasse prazo máximo, estabelecido na proposta de contratação, a contar da data da solicitação. Caso este prazo seja ultrapassado a proposta original perderá seu efeito devendo o proponente preencher nova proposta de contratação.

5.6. Para aceitação do Seguro, a Seguradora poderá exigir, além dos questionários existentes na Proposta de Contratação, outros documentos necessários à análise do Risco, tais como: declaração complementar de saúde, relatório médico, resultado de exames clínicos / laboratoriais complementares, informações sobre a situação financeira, atividade profissional/laborativa ou práticas de esportes do Segurado.

5.6.1. A negativa do Proponente em submeter-se ao(s) exame(s) ou ao fornecimento de informações indispensáveis à análise implicará na recusa automática do risco.

5.7. Quaisquer alterações de risco no contrato, ocorridas durante a vigência do seguro deverão ser comunicadas, por escrito, ao Grupo HDI Seguros, de forma a permitir que sejam feitos os devidos ajustes no seguro, tais como mudança de profissão, mudança de residência do Segurado para outro país, prática usual e permanente de esportes tidos como radicais ou de perigos evidentes, bem como o uso habitual de substâncias alcoólicas, tóxicas ou entorpecentes.

5.8. E havendo o agravamento do risco por parte do Segurado, independente ou não da sua vontade, ocorrerá perda de direito a qualquer indenização prevista na apólice, mesmo que decorrente de risco previsto.

5.9. No início de vigência bem como na emissão da apólice do seguro ou endossos, o Grupo HDI Seguros informará o nome do segurado, beneficiário(s), início e final de vigência do seguro, coberturas, capital segurado, prêmios e que a qualquer tempo, poderá expressamente designar ou substituir o(s) Beneficiário(s) do seguro;

5.10. No ato da contratação, o Grupo HDI Seguros entregará formalmente as presentes Condições Gerais do Seguro e as Condições Especiais.

5.11. No caso de não aceitação da Proposta de Contratação no prazo de 15 (quinze) dias, será comunicada por escrito ao proponente informando o motivo(s) da recusa.

5.11.1. Em caso de recusa do risco em que tenha havido oferecimento de cobertura provisória, com a cobrança total ou parcial do prêmio, tal valor será restituído ao proponente, integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a partir do momento da formalização da recusa. Após este prazo, além da atualização monetária previsto no item 10, o valor será atualizado acrescido de multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% ao mês, calculados pró-rata-die, a partir da data do recebimento do prêmio.

5.11.1.1. Caso realizada a cobrança total ou parcial do prêmio antes da aceitação da Proposta, o proponente terá cobertura provisória do seguro, desde que solicitada, entre a data de "Início de Vigência" indicada na Proposta e a data da formalização da recusa pela Seguradora.

5.12. Qualquer alteração no contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Segurado ou seu representante legal.

5.13. Nenhuma alteração nesses documentos será válida se não for feita por escrito, com a concordância de ambas as partes contratantes, observadas as condições aprovadas.

5.14. Para todos os efeitos de direito, existe a presunção de que o Grupo HDI Seguros somente tenha conhecimento das circunstâncias declaradas pelo Proponente na Proposta.

6. VIGENCIA DA APÓLICE

6.1. A apólice vigorará pelo prazo determinado na Proposta de Contratação, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Proponente ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término de vigência da apólice.

6.2. O início de vigência da apólice é contado a partir das 24 (vinte quatro) horas da data de vigência inicial constante na proposta de contratação e seu término ocorre às 24 (vinte e quatro) horas da data final de vigência, do dia consignado da mesma como final do contrato, inclusive no certificado e endossos correspondentes.

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

6.4. A Proposta de Contratação recepcionada, sem adiantamento de prêmio, terá o seu início de vigência da cobertura na data do efetivo pagamento do prêmio ou outra data estabelecida entre o Proponente e o Grupo HDI Seguros desde que efetivamente aceita.

7. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

7.1. É facultado exclusivamente ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s), mediante manifestação por escrito ao Grupo HDI Seguros, ressalvadas as restrições legais.

7.2. Não sendo instituído Beneficiário pelo Segurado, valerá o disposto no artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

7.3. É válida a instituição de companheiro(a) como Beneficiário(a) se, ao tempo do contrato o Segurado era solteiro, separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato (artigo 793 do Código Civil Brasileiro).

- 7.4. A substituição do(s) Beneficiário(s) só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade, ou se o Seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.
- 7.5. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado, desde que protocolada pelo Grupo HDI Seguros antes do pagamento da Indenização a quem de direito.
- 7.6. Será válido o pagamento feito pelo Grupo HDI Seguros se realizado antes de receber a comunicação da alteração de Beneficiário.
- 7.7. Se o Grupo HDI Seguros não for cientificado até o período estabelecido no **item 7.5** desta Cláusula, quanto à substituição de Beneficiário(s), desobrigar-se-á, pagando o capital segurado ao antigo Beneficiário.
- 7.8. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do Beneficiário(s), a indenização referente à cobertura contratada deverá ser paga aos herdeiros legais do Segurado.
- 7.9. Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

8. DA RENOVAÇÃO

- 8.1. A apólice vigorará pelo prazo determinado na Proposta de Contratação, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Segurado ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término de vigência da apólice.
- 8.1.2. A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Segurado e da Seguradora.
- 8.1.3. Não haverá renovação automática a seguros com prazo de vigência inferior a um ano.
- 8.2. Ao final do período de vigência da apólice, o seguro poderá ser renovado, conforme acordado entre as partes, através de Proposta de Renovação.
- 8.3. A Seguradora comunicará com antecedência de 30 (trinta) dias da data de término de vigência da apólice em vigor, as condições para renovação ou seu desinteresse na continuidade do seguro.
- 8.3.1. Na hipótese de Renovação a Seguradora enviará a Proposta de Renovação informando os novos valores de capitais segurados e respectivos prêmios, atualizados com base na variação acumulada do índice indicado no **item 10.1 da Cláusula 10 destas Condições Gerais**, durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao da atualização anual.
- 8.4. **Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice, ou estabelecer as novas condições de renovação do seguro.**

9. CAPITAL SEGURADO

- 9.1. Para fins deste seguro, o capital segurado estabelecido na apólice, é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, caracterizada de acordo com as Condições Especiais do Seguro.
- 9.1.1. O capital segurado para cada cobertura contratada neste seguro estará estabelecido na apólice.
- 9.2. O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar alteração do valor do capital segurado, ficando a critério do Grupo HDI Seguros sua aceitação ou não de acordo com a **Cláusula 5** (Condição para Aceitação de Segurados) destas Condições Gerais, procedendo, quando da aceitação da proposta, a alteração do prêmio quando couber.
- 9.3. Quando a periodicidade do pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados devidos por morte ou invalidez deverão ser atualizados pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do sinistro.
- 9.4. Os valores de capitais segurados e respectivos prêmios serão atualizados no aniversário da apólice (Apólice com vigência plurianual) ou nas Renovações* (Apólices com vigência anual e plurianual) com base na variação acumulada do índice indicado no **item 10.1 da Cláusula 10 destas Condições Gerais**, durante o período de 12

(doze) meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao aniversário da apólice (Seguros Plurianuais) ou da renovação (Seguros Anuais e Plurianuais).

*Havendo possibilidade de renovação da apólice cujas regras estão previstas na cláusula 8. DA RENOVAÇÃO das Condições Gerais.

10. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO

10.1. Para efeito de atualização monetária dos capitais segurados e dos respectivos prêmios, será utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA / IBGE.

10.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária terá por base o índice que vier a substituí-lo.

11. PAGAMENTO DO PRÊMIO

11.1. A cobrança do prêmio será efetuada por meio de documento emitido pelo Grupo HDI Seguros, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

- a) nome do Segurado;
- b) valor do prêmio;
- c) data de emissão;
- d) número da apólice;
- e) data limite para o pagamento.

11.2. O prêmio é determinado de acordo com a idade do Segurado, na época da contratação deste seguro, aniversário do seguro e nas suas renovações, ressalvadas as eventuais alterações de risco constatadas na apresentação da Proposta de Contratação, Endosso ou Renovação.

11.3. O Grupo HDI Seguros encaminhará o documento a que se refere o **item 11.1 desta Cláusula** diretamente ao Segurado ou seu representante legal, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

11.4. O Segurado poderá optar se irá efetuar o pagamento do prêmio à vista ou fracionado, na forma mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual (no caso de seguro plurianual) e cada pagamento irá corresponder, proporcionalmente, ao período de cobertura.

11.5. A opção da periodicidade de pagamento do prêmio deste seguro será convencionada na Proposta de Contratação.

11.6. Caso o Segurado opte pelo pagamento do prêmio na forma fracionada, os prêmios pagos, até a data do respectivo vencimento, manterão o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se refere.

11.6.1 A data de vencimento da última parcela de prêmio não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

11.7. Na hipótese de pagamento dos prêmios de forma mensal, cada pagamento corresponderá a um mês de cobertura.

11.8. O pagamento do prêmio deverá ser efetuado nas datas previstas no documento de cobrança.

11.9. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará o Grupo HDI Seguros obrigado a manter registro das datas das operações realizadas.

11.10. O pagamento do prêmio será feito ao Grupo HDI Seguros por meio da rede bancária, débito em conta corrente ou outras formas admitidas em lei, acordadas previamente entre o Segurado e o Grupo HDI Seguros na Proposta de Contratação.

11.10.1. Quando o pagamento for efetuado por meio da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o **item 11.1** destas Condições Gerais, deverá constar do documento de cobrança, e se for o caso, a indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.

- 11.11. Se a data limite do vencimento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.
- 11.12. O Grupo HDI Seguros providenciará aviso alertando a inadimplência, no prazo máximo de 10 (dez) dias contados da data de vencimento da primeira parcela não paga.
- 11.13. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que esse tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, caso haja cobertura; todavia, caso ocorra após o prazo de pagamento de prêmio, sem que tenha sido efetuado, a indenização não será paga, mesmo se houver cobertura.
- 11.14. O(s) prêmio(s) do seguro pago(s) em atraso, além da atualização monetária, terá(ão) seu(s) valor(es) acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% ao mês, calculados pró-rata-die.
- 11.15. No caso de recebimento indevido de prêmio, além da atualização monetária, os valores serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento), além de juros moratórios equivalentes a 1% (um por cento) ao mês, a partir da data de recebimento do prêmio.
- 11.16. **A falta de pagamento do prêmio, por um período superior a 90 (noventa) dias, consecutivos ou não, implicará no cancelamento automático do seguro.**
- 11.17. **Durante os 90 (noventa) dias mencionados no item 11.16 desta Cláusula, as coberturas previstas na apólice não ficarão prejudicadas desde que seja feito o pagamento dos prêmios em atraso.**
- 11.18. **Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.**

12. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

- 12.1. O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverão, diante da ocorrência de sinistro, proceder à comunicação imediata, por meio do Aviso de Sinistro, telegrama ou carta registrada dirigida à Seguradora, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.
- 12.1.1. A comunicação feita por carta registrada ou telegrama não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro original ao Grupo HDI Seguros, também de forma imediata à ocorrência do sinistro.
- 12.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento do capital segurado devido pelo presente seguro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação básica constante da **Cláusula 13** (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro), além daqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, será feito em parcela única, salvo disposição em contrário nas Condições Especiais das coberturas contratadas.
- 12.3. Em caso de dúvida fundada e justificável o Grupo HDI Seguros poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na **Cláusula 13** (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no **item 12.2** desta Cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do recebimento pelo Grupo HDI Seguros destes documentos e informações ou esclarecimentos.
- 12.3.1. Não respeitado o prazo previsto no **item 12.2** desta Cláusula os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos **itens 12.4 e 12.5** desta Cláusula.
- 12.4. A título de juros de mora será utilizado o percentual de 1% (um por cento) ao mês, calculado pro rata die a partir do 1º dia posterior ao término do prazo de 30 dias, até a data do efetivo pagamento.
- 12.5. As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no **item 10.1** destas Condições Gerais, a partir da data do evento.
- 12.6. O pagamento será feito por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominal, pagável no domicílio ou praça indicada pelo (s) Beneficiário(s) ou Segurado, no aviso de sinistro.

12.7. O reembolso de despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de capital segurado estabelecido

12.8. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do Segurado e/ou Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pelo Grupo HDI Seguros .

12.9. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o valor da obrigação pecuniária principal.

13. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

13.1. Os documentos básicos, necessários para a liquidação de sinistro, que deverão ser encaminhados ao Grupo HDI Seguros , são os abaixo indicados e aqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

13.2. Para qualquer sinistro

13.2.1. Formulário

a) Aviso de sinistro, devidamente preenchido em todos os seus campos, formulário fornecido pelo Grupo HDI Seguros .

13.2.2. Documentos do Segurado

a) Cópia da Carteira de Identidade, do CPF e do comprovante de residência do Segurado ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;

13.2.3. Documentos do(s) Beneficiário(s)

a) Cópia da carteira de Identidade, do CPF e do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), quando maior (es) de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;

b) Cópia do termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário(s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe;

c) Cópia do termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es).

d) Em caso de companheiro(a), além dos documentos indicados acima, providenciar cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou ainda Declaração de Vida em Comum passada em cartório feita pelo Segurado antes do sinistro e declaração de duas testemunhas de que o Segurado vivia maritalmente, especificando data, e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.

13.3. Não serão aceitos relatórios médicos, realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente desta pessoa ser um médico habilitado.

14. JUNTA MÉDICA

14.1. No caso de divergências e dúvidas de natureza médicas relacionadas ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice será proposto pelo Grupo HDI Seguros , por meio de correspondência escrita ao Segurado no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pelo Grupo HDI Seguros , outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

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

14.2. Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pelo Grupo HDI Seguros .

15. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

15.1. O Grupo HDI Seguros não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro se o Segurado, seu representante, ou seu Corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

15.1.1 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, o Grupo HDI Seguros poderá:

a) na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- cancelar o seguro, podendo reter, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

b) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, podendo reter, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

c) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, podendo deduzir, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

15.1.2. O Segurado está obrigado a comunicar ao Grupo HDI Seguros, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé na inobservância ao artigo 768 do Código Civil.

15.1.2.1. O Grupo HDI Seguros, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

15.1.2.2. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer após o efetivo cancelamento.

15.2. O Grupo HDI Seguros ficará isenta do pagamento de qualquer indenização securitária caso seja constatada a omissão voluntária, por parte do Segurado de perguntas contidas na Declaração Pessoal de Saúde quando da contratação do seguro, e o Grupo HDI Seguros comprovar o conhecimento prévio do proponente.

15.2.1. O Grupo HDI Seguros também não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), seu representante ou Corretor de Seguros:

- a) inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas neste Seguro;**
- b) prática de dolo, fraude ou sua tentativa, simulação para obter ou majorar a indenização ou ainda se o Segurado ou Beneficiário tentar obter vantagem indevida com o sinistro;**
- c) deixar de comunicar a Seguradora todo e qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto em conformidade com o item 5.8 (Condição para Aceitação de Segurados) destas Condições Gerais e ainda com o artigo 769 do Código Civil, se ficar comprovado que silenciou de má fé.**

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1. O seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca.

16.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará rescindido, independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização a qualquer parte, preservados os direitos do Segurado, nas seguintes situações:

- a) por falta de pagamento de parcela do prêmio, após o prazo disposto no item 11.16 destas Condições Gerais.
- b) automaticamente, com a morte do Segurado, com o pagamento da cobertura Morte com Pagamento Antecipado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e pelo recebimento do capital segurado previsto para as coberturas de Invalidez TOTAL e Permanente do Segurado, com a consequente devolução de valores de prêmios eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados conforme cláusula 10, destas Condições Gerais;
- c) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais ou das Condições Especiais;
- d) se houver dolo, culpa grave, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato.

16.3. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com a concordância recíproca, o Grupo HDI Seguros poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

16.4. O pagamento de prêmios pelo Segurado ao Grupo HDI Seguros após a data de rescisão não implica a reabilitação do seguro, nem gera qualquer efeito, devendo ser devolvido, devidamente corrigido.

16.5. Os valores devidos a título de devolução de prêmios no caso de cancelamento do seguro, serão pagos no prazo máximo de 10 (dez) dias e sujeitam-se à atualização monetária conforme disposto no item 10 dessas Condições Gerais, a partir:

- a) da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa do Segurado;
- b) da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa do Grupo HDI Seguros.

16.6. Caso não ocorra o pagamento da devolução devida no prazo definido no item 16.5, além da atualização monetária, incidirão multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia imediatamente posterior aos 10 dias descritos no item acima.

16.7. A apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

17. PERÍODO DE FRANQUIA

17.1. Quando aplicáveis serão estabelecidas por cobertura nas Condições Especiais.

18. CARÊNCIA

18.1. Quando aplicáveis serão estabelecidas por cobertura nas Condições Especiais.

19. PRESCRIÇÃO

19.1. Qualquer direito do Segurado, com fundamento na presente apólice, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

20. FORO CONTRATUAL

20.1. Fica eleito o foro de domicílio do Segurado ou Beneficiário para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

II – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA MORTE

1.1. Esta cobertura garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do capital segurado, contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, devidamente coberta pelo seguro, **exceto se decorrente de risco excluído**, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento do Segurado constante na Certidão de Óbito.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 12** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 13** (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

4.2. Em caso de morte natural incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- c) Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado quando houver;
- d) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- e) Radiografias do Segurado (quando houver);
- f) Guia de internação hospitalar (quando houver);
- g) Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.

4.3. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- b) Cópia do Laudo de Dosagem alcoólica e/ou toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- c) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de Acidente de Trabalho;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- e) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

5.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

6. REENQUADRAMENTO ANUAL DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.1. Anualmente, seja no aniversário da apólice (Apólice com vigência plurianual) ou nas Renovações* (Apólices com vigência anual e plurianual), ocorrerá um reajuste no prêmio do seguro em razão da mudança (aumento) da idade do segurado durante a vigência da apólice.

*Havendo possibilidade de renovação da apólice cujas regras estão previstas na cláusula 8. DA RENOVAÇÃO das Condições Gerais.

6.2. Esse acréscimo está indicado na coluna "fator de reajuste", na tabela abaixo, levando em conta a idade e sexo. Esse fator deve ser aplicado ao prêmio do seguro vigente, desde o primeiro mês imediatamente subsequente ao do aniversário ou da renovação da apólice, conforme a fórmula de reenquadramento abaixo:

Novo Prêmio Com Reenquadramento = Prêmio de Morte vigente X Fator de Reajuste Anual.

Tabela de Fatores de Reajustes Anuais:

IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE MASCULINO	FATOR DE REAJUSTE FEMININO
14	---	---
15	1,0278	1,0000
16	1,0270	1,0333
17	1,0263	1,0323
18	1,0256	1,0313
19	1,0250	1,0121
20	1,0488	1,0479
21	1,0465	1,0571
22	1,0222	1,0270
23	1,0435	1,0526
24	1,0625	1,0500
25	1,0392	1,0476
26	1,0377	1,0455
27	1,0545	1,0217
28	1,0345	1,0426
29	1,0333	1,0408
30	1,0484	1,0392
31	1,0308	1,0377
32	1,0299	1,0364
33	1,0435	1,0351
34	1,0278	1,0339
35	1,0541	1,0492
36	1,0513	1,0625
37	1,0732	1,0588
38	1,0795	1,0833
39	1,0842	1,0897
40	1,1068	1,1059

IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE MASCULINO	FATOR DE REAJUSTE FEMININO
41	1,1140	1,1064
42	1,1181	1,1250
43	1,1268	1,1282
44	1,1313	1,1288
45	1,1271	1,1275
46	1,1225	1,1250
47	1,1179	1,1164
48	1,1094	1,1090
49	1,1056	1,1068
50	1,0987	1,0965
51	1,0928	1,0915
52	1,0849	1,0871
53	1,0807	1,0801
54	1,0747	1,0742
55	1,0716	1,0742
56	1,0707	1,0690
57	1,0661	1,0668
58	1,0671	1,0647
59	1,0661	1,0686
60	1,0726	1,0716
61	1,0776	1,0771
62	1,0838	1,0843
63	1,0918	1,0909
64	1,0962	1,0968
65	1,1019	1,1029
66	1,1053	1,1044
67	1,1069	1,1066

IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE MASCULINO	FATOR DE REAJUSTE FEMININO
68	1,1078	1,1082
69	1,1081	1,1083
70	1,1079	1,1073
71	1,1062	1,1063
72	1,1050	1,1051
73	1,1036	1,1033
74	1,1024	1,1031
75	1,1025	1,1020
76	1,1024	1,1023
77	1,1023	1,1024
78	1,1025	1,1027
79	1,1022	1,1022
80	1,1018	1,1018
81	1,1011	1,1010
82	1,1002	1,1003
83	1,0988	1,0988
84	1,0966	1,0963
85	1,0931	1,0932
86	1,0893	1,0895
87	1,0853	1,0852
88	1,0813	1,0813
89	1,0780	1,0781
90	1,0757	1,0756
91	1,0741	1,0740
92	1,0728	1,0729
93	1,0721	1,0721
94	1,0715	1,0715
95	1,0710	1,0710
96	1,0706	1,0706
97	1,0703	1,0703
98	1,0712	1,0713
99	1,0731	1,0731

6.3. Fica certo e entendido que em hipótese alguma este seguro será considerado como "seguro vitalício", independentemente do período de vigência contratado e de quantas vezes o seguro for renovado.

III – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1.1. Esta cobertura garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado causada exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro, sem prejuízo do pagamento do capital segurado relativo à cobertura Morte, **exceto se decorrente de risco excluído**, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e destas Condições Especiais.

2. CONCEITO DE ACIDENTES PESSOAIS

2.1. Para fins desta cobertura, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte incluindo-se, ainda, neste conceito:

- a) o suicídio que será equiparado para fins de indenização a acidente pessoal, observada a legislação em vigor, desde que ocorrido após 02 (dois) anos, contados a partir da data do início de vigência do seguro;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.2. Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- a) 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) os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, o acidente vascular cerebral ou outros);
- c) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames ou tratamentos clínicos, cirúrgicos, medicamentosos, por meio de agentes físicos, raios X, radium ou outros, quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por acidente coberto;
- d) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesões 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 suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos da Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da apólice estão expressamente excluídos desta cobertura, os acidentes ocorridos em consequência:

- a) das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- b) de viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de

atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data do acidente pessoal.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente com o Segurado.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 12** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 13** (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a)** Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b)** Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- c)** Radiografias do Segurado (quando houver);
- d)** Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.
- e)** Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- f)** Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- g)** Cópia Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho;
- h)** Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- i)** Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- j)** Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização.

5.2. Considera-se como data do evento para a determinação do capital segurado a data do acidente pessoal.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Estas Condições Especiais é parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

6.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

IV – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela para cálculo da indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, proporcional ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

2. CONCEITOS

2.1. Acidentes Pessoais

2.1.1. Para fins desta cobertura, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total ou parcial incluindo-se, ainda, neste conceito:

- a) a tentativa de suicídio, que será equiparada para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor, desde que ocorrido após 02 (dois) anos, contados a partir da data do início de vigência do seguro;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.2. Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- a) 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) os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, o acidente vascular cerebral ou outros);
- c) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de tratamentos ou exames clínicos, cirúrgicos, medicamentosos, por meio de agentes físicos, raios X, radium ou outros, quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por acidente coberto;
- d) 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 Lesões 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 suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

2.2. Invalidez Permanente por Acidente

2.2.1. Para fins desta cobertura, entende-se como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, constantes da tabela contida no **subitem 2.2.14 desta Cláusula**, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto.

2.2.2. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam.

2.2.3. Se, depois de paga uma indenização por **INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE** verificar-se a morte do Segurado **em consequência do mesmo acidente**, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte e/ou morte acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de morte e/ou morte acidental.

2.2.4. No caso de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

2.2.5. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente total ou parcial por acidente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, de acordo, com **“TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE”**, constante no **subitem 2.2.14 desta Cláusula**.

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

2.2.7. Na falta de indicação de percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de redução: máximo, médio e mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25% respectivamente.

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

2.2.9. Quando o mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

2.2.10. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.

2.2.11. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

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

2.2.13 A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.

2.2.14. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
INVALIDEZ PERMANENTE 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
INVALIDEZ PERMANENTE 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

Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	%
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
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.	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE 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 tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma das falanges do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetro	6
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da apólice estão expressamente excluídos desta cobertura, os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta:

- a) das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- b) de viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data do acidente.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal com o Segurado.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 12** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 13** (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- b) Radiografias do Segurado (quando houver);
- c) Guia de internação hospitalar (quando houver)
- d) Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- e) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- f) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho;
- g) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- h) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- i) Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente, e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

5.2. Considera-se como data do evento para a determinação do capital segurado, a data do acidente.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

6.2 As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

V – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1.1. Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado, nas hipóteses estabelecidas na tabela para cálculo da indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, caso haja a perda redução ou impotência funcional definitiva total de membro ou órgão constantes da tabela contida no **item 2.2.7 da Cláusula 2 destas Condições Especiais**, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas das Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

2. CONCEITOS

2.1. Acidentes Pessoais

2.1.1. Para fins desta cobertura considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total por acidente incluindo-se, ainda, neste conceito:

- a) a tentativa de suicídio, que será equiparada para fins de indenização a acidente pessoal, observada a legislação em vigor, desde que ocorrido após 02 (dois) anos, contados a partir da data de início de vigência do Seguro;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.2. Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- a) 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) os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, o acidente vascular cerebral ou outros);
- c) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames ou tratamentos clínicos, cirúrgicos, medicamentosos, por meio de agentes físicos, raios X, radium ou outros, quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por acidente coberto;
- d) 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 Lesões 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 suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

2.2. Invalidez Permanente por Acidente

2.2.1. Para fins desta cobertura, entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão, constantes da tabela contida no **item 2.2.7**, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto.

2.2.2. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente total avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, de acordo, com “TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE”, constante no **item 2.2.7** desta Cláusula.

2.2.3. Quando o mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

2.2.4. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

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

2.2.6. A Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.

2.2.7 No caso de indenização por invalidez total, não haverá reintegração de capital segurado e a cobertura será automaticamente excluída do seguro.

2.2.7. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
INVALIDEZ PERMANENTE 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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da apólice estão expressamente excluídos desta Cobertura, os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta:

- a) das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- b) de viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data do acidente.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal com o Segurado.

4.3 Se, depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente será deduzida do Capital Segurado por morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 12** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 13** (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- b) radiografias do Segurado (quando houver);
- c) guia de internação hospitalar (quando houver)
- d) cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- e) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- f) cópia Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho;
- g) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- h) cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- i) atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente, e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do Aviso de Sinistro.
- j) em caso de sinistro em decorrência de alienação mental, total e incurável, deverá ser apresentado o termo de interdição judicial do Segurado, de forma a permitir o pagamento da indenização ao curador.

5.2. Considera-se como data do evento para a determinação do capital segurado a data do acidente.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

6.2 As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

VI – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1.1. Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, em caso de invalidez funcional permanente e total do Segurado, em consequência exclusivamente de doença que cause a perda da sua existência independente, conforme critérios específicos definidos nas **Cláusulas 2 e 6** destas Condições Especiais, **exceto se decorrente de Risco Excluído**, observadas as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro.

1.2. Esta cobertura cessará automaticamente quando o Segurado completar 70 (setenta) anos de idade, sendo deduzido o valor do prêmio correspondente e permanecendo em vigor a apólice com a(s) outra(s) cobertura(s) contratada(s).

2. CONCEITOS

2.1. Para fins de indenização desta cobertura é necessária a caracterização da perda da existência independente do segurado em consequência exclusivamente de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado.

2.2. Consideram-se como riscos cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, **provenientes exclusivamente de Doença:**

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

2.3. Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos, desde que avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF constante da Cláusula 6 - Comprovação de Invalidez Funcional por Doença desta Condição Especial.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

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

3.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, órgãos do poder público ou outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

3.3. O Grupo HDI Seguros reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e/ou de natureza profissional.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

4.2. Considera-se como data do evento para determinação do capital segurado a data indicada na declaração médica, constante do Formulário de Aviso de Sinistro, que constate o quadro de invalidez acima conceituado.

4.3. O capital segurado desta cobertura está limitado a 100% do capital da cobertura de morte.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, o Segurado deverá proceder conforme descrito na **Cláusula 12** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 13** (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Declaração Médica com informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e que comprovem o momento temporal **exato** do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos **subitens 2.2 e 2.3** destas Condições Especiais e que justifique a inviabilidade de forma irreversível de Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.
- b) Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
- c) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida;
- d) A avaliação da perda cognitiva deverá incluir além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).

5.1.1. É facultado ao Grupo HDI Seguros, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e ou, se for o caso, à sua liquidação.

5.1.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que o Grupo HDI Seguros, julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

5.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica, consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

6.1. A Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovada por meio de declaração médica detalhada pelo médico-assistente do Segurado justificando o estado de invalidez do mesmo, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.

6.2. O quadro clínico Incapacitante de Invalidez Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovado por meio de parâmetros e documentos do médico-assistente justificando o estado de invalidez do Segurado, acompanhado dos laudos e resultados de exames clínicos a que o mesmo tiver se submetido.

6.3. Outros quadros clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, sendo que para constatação deverá ser atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

6.4. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF é composto por duas Tabelas.

6.4.1. A primeira, **Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos** permite avaliar por meio de escalas compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

6.4.2. A segunda, **Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade** valoriza cada uma das situações nela previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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

RELAÇÕES DO SEGUARADO COM O COTIDIANO	<p>1º GRAU: O SEGUARADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.</p>	00
	<p>2º GRAU: O SEGUARADO 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 INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU: O SEGUARADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	20

CONDICÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p>2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20
CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
	<p>2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	10
	<p>3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO NÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO NAQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

6.3. As despesas desembolsadas pelo Segurado, objetivando demonstrar a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença são de responsabilidade deste, salvo aquelas realizadas diretamente pelo Grupo HDI Seguros, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

6.4. As providências que o Grupo HDI Seguros tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.1. Sendo reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo médico da Seguradora, esta pagará o valor da indenização de uma só vez ao próprio Segurado.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. O pagamento de indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, efetivamente comprovada, extingue, imediata e automaticamente, esta cobertura. Nessa hipótese, os prêmios relativos à cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do capital segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

8.2. A cobertura básica (morte), assim como as demais coberturas adicionais eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do capital segurado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, continuarão vigentes, sendo devido o prêmio correspondente.

8.3. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, esta cobertura contratada permanecerá em vigor, assim como a cobertura básica (morte) e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

10. REENQUADRAMENTO ANUAL DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

10.1 Anualmente, seja no aniversário da apólice (Apólice com vigência plurianual) ou nas Renovações* (Apólices com vigência anual e plurianual), ocorrerá um reajuste no prêmio do seguro em razão da mudança (aumento) da idade do segurado durante a vigência da apólice.

*Havendo possibilidade de renovação da apólice cujas regras estão previstas na cláusula 8. DA RENOVAÇÃO das Condições Gerais.

10.2. Esse acréscimo está indicado na coluna "fator de reajuste", na tabela abaixo, levando em conta a idade e sexo. Esse fator deve ser aplicado ao prêmio do seguro vigente, a partir do primeiro mês imediatamente subsequente ao do aniversário ou da renovação da apólice, conforme a fórmula de reenquadramento abaixo:

Novo Prêmio Com Reenquadramento = Prêmio de Invalidez Funcional Permanente por Doença vigente X Fator de Reajuste Anual

Tabela de Fatores de Reajustes Anuais:

IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE
22	1,0025
23	1,0025
24	1,0075
25	1,005
26	1,0074
27	1,0098
28	1,0121
29	1,0168
30	1,0165
31	1,0209
32	1,0227
33	1,0267
34	1,0411
35	1,0478
36	1,0556
37	1,0602
38	1,0656
39	1,0715
40	1,0761
41	1,0808
42	1,0868
43	1,0909
44	1,0968
45	1,0996

IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE
46	1,1046
47	1,1082
48	1,1114
49	1,1139
50	1,1177
51	1,1196
52	1,1221
53	1,1242
54	1,1276
55	1,1256
56	1,1292
57	1,1302
58	1,1313
59	1,1323
60	1,133
61	1,1338
62	1,1344
63	1,135
64	1,1353
65	1,1361
66	1,1362
67	1,1366
68	1,1369
69	1,1371

10.3. Fica certo e entendido que em hipótese alguma este seguro será considerado como "seguro vitalício", independentemente do período de vigência contratado e de quantas vezes o seguro for renovado.

VII – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE COM PAGAMENTO ANTECIPADO POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE MORTE COM PAGAMENTO ANTECIPADO POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1.1. Esta cobertura garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do capital segurado, contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, devidamente coberta pelo seguro, ou garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado, em caso de invalidez funcional permanente e total do Segurado, em consequência exclusivamente de doença que cause a perda da sua existência independente, conforme critérios específicos nas **Cláusulas 2 e 6** destas Condições Especiais, **exceto se decorrente de Risco Excluído**, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais do Seguro e da legislação aplicável.

1.2. Considera-se como data do evento, para determinação do capital segurado em caso de Morte, a data do óbito do Segurado e, em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a data indicada na declaração médica, constante do Aviso de Sinistro que constate o quadro de Invalidez Funcional Total por Doença conceituado.

1.3. O pagamento da indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, desde que efetivamente comprovada, será considerado como uma antecipação da cobertura para o caso de Morte, sendo que seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente para o caso de Morte, assim como o presente seguro.

2. CONCEITOS

2.1. Para fins de indenização desta cobertura é necessária a caracterização da perda da existência independente do Segurado em consequência exclusivamente de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado.

2.2. Considera-se como riscos cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, **provenientes exclusivamente de Doença:**

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

- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 2.3. Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos, desde que avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF constante da **Cláusula 7** - Comprovação de Invalidez desta Condição Especial.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões previstas na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, não estão cobertos os prejuízos decorrentes de:

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

3.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, órgãos do poder público ou outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

3.3. O Grupo HDI Seguros reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e/ou de natureza profissional.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data do falecimento do Segurado constante na sua Certidão de Óbito, ou na data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

4.2. Considera-se como data do evento para determinação do capital segurado a data indicada na certidão de óbito do Segurado, ou a data indicada na declaração médica, constante do Aviso de Sinistro que constate o quadro de invalidez acima conceituado.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro proceder conforme descrito na **Cláusula 12** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 13** (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

5.1.1. Em caso de morte natural o(s) Beneficiário(s) deverá(rão) providenciar os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- c) Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- d) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- e) Radiografias do Segurado (quando houver);
- f) Guia de internação hospitalar (quando houver);
- g) Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.

5.1.2. Em caso de ocorrência de morte por acidente o(s) Beneficiário(s) deverá(rão) providenciar os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópia deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- b) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- c) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- d) Cópia Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) no caso de Acidente de Trabalho;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial se for o caso;
- f) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

5.2. Em caso de ocorrência de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado, o Segurado e/ou o representante legal deverá providenciar os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Declaração Médica onde deverão constar informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e que comprovem o momento temporal **exato** do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos **subitens 2.2 e 2.3** destas Condições Especiais e que justifique a inviabilidade de Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.
- b) Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
- c) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida;
- d) A avaliação da perda cognitiva deverá incluir além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).

5.2.1. Fica facultado ao Grupo HDI Seguros, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à liquidação.

5.2.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que o Grupo HDI Seguros julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

5.2.3. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica, consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

6.1. A Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovada por meio de declaração médica detalhada pelo médico-assistente do Segurado justificando o estado de invalidez do mesmo, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.

6.2. O quadro clínico incapacitante de Invalidez Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovado por meio de parâmetros e documentos do médico-assistente justificando o estado de invalidez do Segurado, acompanhado dos laudos e resultados de exames clínicos a que o mesmo tiver se submetido.

6.3. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, sendo que para constatação deverá ser atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

6.4. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF é composto por duas Tabelas.

6.4.1. A primeira, **Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos** permite avaliar por meio de escalas compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será

classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

6.4.2. A segunda, **Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade** valoriza cada uma das situações nela previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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

RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p>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.</p>	00
	<p>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 INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<p>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.</p>	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p>2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E/OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10

	<p>3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E/OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E/OU TÉCNICO.</p>	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
	<p>2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	10
	<p>3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO NAS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO NAQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

6.5. As despesas desembolsadas pelo Segurado, objetivando demonstrar a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença são de responsabilidade deste, salvo aquelas realizadas diretamente pelo Grupo HDI Seguros, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

6.6. As providências que o Grupo HDI Seguros tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital Segurado.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1. O pagamento da indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, desde que efetivamente comprovada, será considerado como uma antecipação da cobertura para o caso de Morte, sendo que seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente a cobertura para o caso de Morte, assim como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

7.2. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, esta cobertura contratada permanecerá em vigor, assim como a cobertura básica (morte) e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

8.2 As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

9. REENQUADRAMENTO ANUAL DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

9.1. Anualmente, seja no aniversário da apólice (Apólice com vigência plurianual) ou nas Renovações* (Apólices com vigência anual e plurianual), ocorrerá um reajuste no prêmio do seguro em razão da mudança (aumento) da idade do segurado durante a vigência da apólice.

*Havendo possibilidade de renovação da apólice cujas regras estão previstas na cláusula 8. DA RENOVAÇÃO das Condições Gerais.

9.2. Esse acréscimo está indicado na coluna "fator de reajuste", na tabela abaixo, levando em conta a idade e sexo. Esse fator deve ser aplicado ao prêmio do seguro vigente, a partir do primeiro mês imediatamente subsequente ao do aniversário ou da renovação da apólice, conforme a fórmula de reenquadramento abaixo:

Novo Prêmio Com Reenquadramento = Prêmio de Morte com pagamento Antecipado por Invalidez Funcional por Doença vigente X Fator de Reajuste Anual

Tabela de Fatores de Reajustes Anuais:

IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE MASCULINO	FATOR DE REAJUSTE FEMININO
15	---	---
16	1,0130	1,0000
17	1,0128	1,0141
18	1,0127	1,0139
19	1,0125	1,0137
20	1,0247	1,0135
21	1,0120	1,0267
22	1,0238	1,0130
23	1,0233	1,0256
24	1,0341	1,0250
25	1,0220	1,0244
26	1,0323	1,0238
27	1,0208	1,0233
28	1,0306	1,0341
29	1,0297	1,0220
30	1,0288	1,0215
31	1,0280	1,0316
32	1,0273	1,0306
33	1,0354	1,0297
34	1,0342	1,0385
35	1,0413	1,0370
36	1,0476	1,0446
37	1,0530	1,0513
38	1,0647	1,0650
39	1,0743	1,0763
40	1,0881	1,0851
41	1,0925	1,0915
42	1,1058	1,1018

IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE MASCULINO	FATOR DE REAJUSTE FEMININO
43	1,1053	1,1033
44	1,1126	1,1084
45	1,1128	1,1111
46	1,1119	1,1080
47	1,1101	1,1083
48	1,1048	1,1075
49	1,1026	1,1029
50	1,0977	1,0987
51	1,0975	1,0947
52	1,0907	1,0931
53	1,0885	1,0892
54	1,0878	1,0894
55	1,0852	1,0872
56	1,0826	1,0849
57	1,0840	1,0870
58	1,0845	1,0867
59	1,0866	1,0883
60	1,0906	1,0936
61	1,0950	1,0969
62	1,1009	1,1034
63	1,1061	1,1073
64	1,1103	1,1123
65	1,1135	1,1148
66	1,1163	1,1179
67	1,1176	1,1188
68	1,1186	1,1200
69	1,1195	1,1205
70	1,1191	1,1206

IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE MASCULINO	FATOR DE REAJUSTE FEMININO
71	1,1188	1,1206
72	1,1187	1,1199
73	1,1180	1,1194
74	1,1178	1,1195
75	1,1179	1,1195
76	1,1183	1,1202
77	1,1188	1,1204
78	1,1395	1,1433
79	1,0994	1,0991
80	1,1196	1,1213
81	1,1195	1,1212
82	1,1194	1,1211
83	1,1190	1,1210
84	1,1184	1,1203
85	1,1169	1,1190
86	1,1163	1,1186
87	1,1147	1,1172
88	1,1135	1,1163
89	1,1130	1,1157
90	1,1128	1,1157
91	1,0291	1,0258
92	1,0300	1,0266
93	1,0309	1,0275
94	1,0318	1,0285
95	1,0328	1,0294
96	1,0339	1,0305
97	1,0349	1,0315
98	1,0366	1,0331
99	1,0388	1,0352

9.3. Fica certo e entendido que em hipótese alguma este seguro será considerado como "seguro vitalício", independentemente do período de vigência contratado e de quantas vezes o seguro for renovado.

VIII – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1.1. Esta cobertura garante ao Segurado, nos casos de lesões ocorridas decorrentes exclusivamente de acidente coberto pela apólice, até o limite do capital segurado contratado, o reembolso das despesas médicas hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do Acidente.

1.2. Como tratamento considera-se inclusive a internação hospitalar a critério do médico-assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório, bem como despesas de pronto-socorro, assistência de enfermeiro(s) diplomado(s) e honorário(s) médico(s) e dentista(s).

1.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente com o Segurado.

1.4. Após o pagamento do capital devido em razão de um sinistro, a cobertura será plenamente restabelecida, com a reintegração do capital segurado.

2. CONCEITO DE ACIDENTES PESSOAIS

2.1. Para fins desta cobertura considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, 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 por acidente, incluindo-se, ainda, neste conceito:

a) a tentativa de suicídio, que será equiparada para fins de indenização a acidente pessoal, observada a legislação em vigor, desde que ocorrido após 02 (dois) anos, contados a partir da data do início de vigência do Seguro;

b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;

c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;

e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.2. Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

a) 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) os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, o acidente vascular cerebral ou outros);

c) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames ou tratamentos clínicos, cirúrgicos, medicamentosos, por meio de agentes físicos, raios X, radium ou outros, quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por acidente coberto;

d) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesões 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 suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da apólice estão expressamente excluídos desta cobertura, os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta:

- a) de ato reconhecidamente perigoso, inclusive atividade física radical, que não seja motivado por necessidade justificada e da prática, pelo(s) Segurado(s), de atos ilícitos ou contrários à lei, exceção nos casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, de prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- b) das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- c) de viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito.

3.2. Este seguro também não garante:

- a) de estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como qualquer despesa de acompanhantes;
- b) de aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente coberto;
- c) não estão abrangidas as despesas decorrentes com os eventos não cobertos relacionados nas Condições Gerais deste seguro.

4. LIVRE ESCOLHA

4.1. É facultado ao Segurado e Dependente a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados para o exercício da profissão.

5. COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

5.1. O Segurado deverá comprovar as despesas médicas, hospitalares e odontológicas mediante a apresentação dos recibos originais acompanhados do Aviso de Sinistro, de receitas médicas, exames radiológicos, ultrassonográficos, tomográficos e de comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado do médico-assistente e contas hospitalares.

5.1.1. Devem ser anexadas também, cópias autenticadas dos seguintes documentos:

- a) Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;
- b) RG, CPF e Certidão de Nascimento ou Casamento;
- c) Comprovante de Residência.

6. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As indenizações por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente seguro, isto é, se em consequência de acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), a Seguradora não abaterá do capital segurado devido por Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente o valor pago por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO).

7. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

7.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

8.1. O âmbito territorial para a garantia prevista nesta cobertura é o território brasileiro.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

IX - CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE

1.1. Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento das diárias contratadas, dentro dos limites estabelecidos na apólice, para cada dia em que o mesmo estiver impedido, involuntariamente e temporariamente, de trabalhar, em razão de quadro clínico incapacitante, causado exclusivamente por doença ou acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro, desde que devidamente coberto, por um período ininterrupto de no mínimo quinze (15) dias, mediante comprovação, conforme critérios especificados na **Cláusula 5** desta Cobertura, **exceto se decorrente de Risco Excluído**, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais do Seguro e da legislação aplicável.

2. PERÍODO DE FRANQUIA

2.1. O período de franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento da atividade profissional do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento. Os pagamentos de diárias por incapacidade serão devidos a partir do 16º (décimo sexto) dia até o prazo máximo determinado nestas condições especiais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro.**

4. LIMITE DE DIÁRIAS

4.1. O limite para quantidade de diárias será estabelecido na apólice conforme contratação efetivada pelo Segurado, observando o máximo de 350 (trezentos e cinquenta) diárias.

5. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE

5.1. O aviso do afastamento ao Grupo HDI Seguros deverá ser realizado, pelo Segurado ou seu representante legal, apresentando o laudo médico expedido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, atestando a incapacidade temporária, bem como documentos que comprovem o recebimento do Auxílio-Doença, podendo ainda a Seguradora em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar quaisquer outros documentos a fim de obter mais esclarecimentos sobre o evento, sendo que neste caso o prazo indicado no **item 12.2** das Condições Gerais ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas todas as exigências.

5.2. Retornando as suas atividades laborativas, o Segurado não poderá usufruir novamente do benefício da garantia de Diárias por Incapacidade em prazo inferior ao estipulado na apólice, contados da data do seu retorno do último afastamento.

6. PAGAMENTO DA DIÁRIA DE INCAPACIDADE

6.1. Em posse dos comprovantes descritos na **Cláusula 5** destas Condições Especiais, ao Grupo HDI Seguros efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período de afastamento em que o Segurado esteve incapacitado de exercer sua atividade profissional, a contar do primeiro dia após o término do período de franquia. O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias a partir da data da entrega de todos os documentos básicos exigidos para a liquidação do sinistro.

6.2. O valor da diária será multiplicado pelo número de dias em que o Segurado permanecer afastado a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento, observadas as limitações especificadas na apólice.

6.2.1. A Diária de Incapacidade tem também como objetivo atender a uma **complementação salarial**, no caso de afastamento do trabalho conforme **definido na Cláusula 1 destas Condições Especiais**.

6.3. Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico do Grupo HDI Seguros , sendo que esta arcará com tais despesas.

7. CESSAÇÃO DA GARANTIA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE

7.1. A garantia de Diária de Incapacidade cessará:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta cobertura especial;
- c) com a ocorrência da morte do Segurado, ou sua invalidez total e permanente ; ou
- d) espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo Segurado.

8. DATA DO EVENTO

8.1. Considera-se como data do evento a **data do afastamento**, devidamente comprovado de suas atividades profissionais.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

9.1. O âmbito territorial para a garantia prevista nesta cobertura é o território brasileiro.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

10.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

X - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES PLANO BÁSICO – 5 TIPOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1.1. Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado, em decorrência do diagnóstico de uma ou mais doenças graves cobertas ou da realização de um procedimento médico coberto, **somente se o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do primeiro evento coberto**, respeitado o prazo de carência, **exceto se decorrente de risco excluído**, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Esta cobertura também poderá ser concedida ao Dependente Cônjuge, desde que contratada para o Segurado Titular.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Para efeito destas Condições Especiais, somente estarão cobertos os eventos ocorridos em consequência das doenças abaixo referidas:

- Acidente Vascular Cerebral Agudo
- Câncer e Melanoma
- Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
- Infarto agudo do Miocárdio
- Insuficiência Renal Terminal

2.2. Esta cobertura poderá ser contratada por Proponentes que tenham no mínimo 14 (quatorze) anos e no máximo 64 (sessenta e quatro) anos, 11 meses e 29 dias.

2.3. Não haverá pagamento do Capital Segurado se as doenças acima forem constatadas, após o falecimento do(a) Segurado(a), através do laudo emitido pelo SVO (Serviço e Verificação de Óbito) ou similar.

2.4. Sendo constatado e comunicado ao Grupo HDI Seguros o primeiro diagnóstico, não poderá haver cumulação de pagamento do Capital Segurado para mais de um diagnóstico ou procedimentos médicos cobertos.

2.5. Se constatada a preexistência de qualquer das doenças acima referidas, sendo esta(s) de conhecimento do(a) Segurado(a) e não declarada, o seguro será cancelado sem qualquer devolução de prêmios ou pagamento do capital segurado.

2.6. O capital segurado estabelecido para esta cobertura tem caráter estritamente indenizatório, sendo vedada sua vinculação as despesas médicas e/ou hospitalares observadas pelo segurado para o tratamento da doença.

3. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

3.1. **Acidente Vascular Cerebral Agudo:** obstrução aguda da circulação sanguínea cardiovascular causada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano ou seqüela neurológica permanente (distúrbio da fala, perda de atividades cognitivas, paralisia de membros).

O diagnóstico de acidente vascular cerebral agudo deve ser feito por meio de exame de imagem do cérebro e/ou exame de fluido cefalorraquidiano (exame de líquor).

3.1.1. Não estão incluídos no conceito de Acidente Vascular Cerebral Agudo, para fins desta cobertura:

- a) AIT (Ataque Isquêmico Transitório) e/ou deficiências neurológicas isquêmicas reversíveis;
- b) Hemorragia ou isquemia cerebral causada por acidentes;
- c) Hemorragia ou isquemia cerebral causada por tumor cerebral;
- d) Hemorragia ou isquemia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
- e) Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
- f) Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

3.2 Câncer e Melanoma: doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. A cobertura também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.

3.2.1. Não estão incluídos no conceito de câncer, para fins desta cobertura:

- a) Qualquer grau/estágio de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC);
- b) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- c) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- d) O câncer da próstata no estágio Ia, Ib e IC (Carcinoma prostático primário abaixo do estágio B0 pela classificação modificada Jewett, abaixo de T1c pela classificação TNM em 1992);
- e) Qualquer tumor maligno na presença do Vírus da Imunodeficiência Humana;
- f) Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno;
- g) Câncer existente antes da data efetiva de início da apólice, ou sua recidiva (ou invasão) após esta mesma data.

3.3. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio: realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (Bypass) na artéria coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia.

3.3.1. Não estão incluídos no conceito de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio, para fins desta cobertura:

- a) angioplastia;
- b) outros procedimentos intra-arteriais;
- c) cirurgia tipo “key-hole” (quaisquer procedimentos a tórax fechado), utilizando-se cateteres cirúrgicos), quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.

3.4. Infarto Agudo do Miocárdio: morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida, devidamente comprovado através de exames específicos de que houve a morte do músculo cardíaco em qualquer percentual.

3.4.1. Não estão incluídos no conceito de Infarto Agudo do Miocárdio, para fins desta cobertura:

- a) toda angina do peito, incluindo angina estável e instável;
- b) angina decúbito; infarto do miocárdio sem a comprovação da morte do músculo cardíaco em qualquer percentual.

3.5. Insuficiência Renal Terminal: etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da apólice, estão expressamente excluídos desta cobertura:

- a) Diagnósticos concedidos pelo próprio segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoas com laços de dependência econômica ou que resida com o segurado, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;
- b) Diagnóstico que não seja emitido por médico profissional habilitado;
- c) Doença Grave decorrente da tentativa de suicídio pelo Segurado ocorrida no prazo de 24 meses do início de vigência;

- d) Qualquer doença, sequela ou lesão preexistente e de conhecimento do segurado, porém não declarada no momento da contratação;
- e) Qualquer doença não prevista nesta cobertura e/ou que não se enquadre nos critérios definidos nestas condições para a caracterização da doença grave.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecido na apólice, vigente na data do diagnóstico realizado em vida pelo Segurado, obedecendo aos limites mínimos e máximos comercializados pela Seguradora.

5.2. Uma vez paga indenização, esta cobertura será rescindida por esgotamento do capital segurado, sendo que a Seguradora emitirá um endosso ao contrato de seguro, com a redução do valor do prêmio referente a esta cobertura.

6. CARÊNCIA

6.1. A carência será de 90 (noventa) dias ininterruptos, a serem contados a partir do início de vigência do seguro, no qual o Segurado não terá direito às coberturas garantidas por estas Condições Especiais, conforme especificado na apólice de seguro.

6.2. O início do prazo de carência se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de início de vigência do seguro.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 12** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 13** (Relação de Documentos Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Formulário de aviso de sinistro preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Formulário de declaração médica fornecido pela Seguradora atestando a Doença Grave, assinado pelo médico habilitado (carimbo de identificação e CRM);
- c) Cópias dos exames comprobatórios com seus respectivos laudos indicados na **Cláusula 3. Conceitos e Definições**.

7.2. O Grupo HDI Seguros está autorizado, em caso de dúvida fundada, a tomar todas as providências necessárias que vise a plena elucidação, para obter uma explicação completa sobre o evento ocorrido, podendo, inclusive, solicitar novos documentos que considerar necessários à comprovação do fato alegado, respeitado o disposto no **Cláusula 13**. das Condições Gerais.

8. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

8.1. Esta cobertura cessará automaticamente quando:

- a) ocorrer o cancelamento da apólice;
- b) do recebimento do pedido de cancelamento por escrito do Segurado;
- c) o(a) Segurado(a) completar 70 (setenta) anos de idade, sendo reduzido o valor do prêmio correspondente, de acordo com o estabelecido para esta cobertura, permanecendo em vigor a apólice, com as demais coberturas contratadas, se houver;
- d) ocorrer o esgotamento do capital segurado conforme cláusula 5.2 destas Condições Especiais;
- e) ocorrer a Morte do Segurado.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

10. REENQUADRAMENTO ANUAL DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

10.1. Anualmente, seja no aniversário da apólice (Apólice com vigência plurianual) ou nas Renovações* (Apólices com vigência anual e plurianual), ocorrerá um reajuste no prêmio do seguro em razão da mudança (aumento) da idade do segurado durante a vigência da apólice.

*Havendo possibilidade de renovação da apólice cujas regras estão previstas na cláusula 8. DA RENOVAÇÃO das Condições Gerais.

10.2. Esse acréscimo está indicado na coluna "fator de reajuste", na tabela abaixo, levando em conta a idade e sexo. Esse fator deve ser aplicado ao prêmio do seguro vigente, a partir do primeiro mês imediatamente subsequente ao do aniversário ou da renovação da apólice, conforme a fórmula de reenquadramento abaixo:

Novo Prêmio Com Reenquadramento = Prêmio Doenças Graves Plano Básico – 5 Tipos vigente X Fator de Reajuste Anual.

Tabela de Fatores de Reajustes Anuais:

IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE	IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE	IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE
20	1,0417	39	1,1151	58	1,0744
21	1,1200	40	1,1226	59	1,0692
22	1,0714	41	1,1207	60	1,0676
23	1,1000	42	1,1231	61	1,0543
24	1,0606	43	1,1096	62	1,0429
25	1,0857	44	1,0947	63	1,0494
26	1,0789	45	1,1053	64	1,0463
27	1,0732	46	1,1020	65	1,0427
28	1,0909	47	1,1080	66	1,0503
29	1,1042	48	1,1086	67	1,0479
30	1,0943	49	1,1055	68	1,0457
31	1,1034	50	1,1023	69	1,0437
32	1,1094	51	1,1031		
33	1,1268	52	1,1009		
34	1,1125	53	1,0968		
35	1,1124	54	1,0929		
36	1,1111	55	1,0921		
37	1,1364	56	1,0869		
38	1,1120	57	1,0752		

10.3. Fica certo e entendido que em hipótese alguma este seguro será considerado como "seguro vitalício", independentemente do período de vigência contratado e de quantas vezes o seguro for renovado.

XI - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES PLANO ESTENDIDO – 10 TIPOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1.1. Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado, em decorrência do diagnóstico de uma ou mais doenças graves cobertas ou da realização de um procedimento médico coberto, **somente se o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do primeiro evento coberto**, respeitado o prazo de carência, **exceto se decorrente de risco excluído**, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Esta cobertura também poderá ser concedida ao Dependente Cônjuge, desde que contratada para o Segurado Titular.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Para efeito destas Condições Especiais, somente estarão cobertos os eventos ocorridos em consequência das doenças abaixo referidas:

- Acidente Vascular Cerebral Agudo
- Câncer e Melanoma
- Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
- Infarto agudo do Miocárdio
- Insuficiência Renal Terminal
- Paralisia Total e Irreversível
- Perda Total da Audição
- Perda Total da Fala.
- Perda Total da Visão (Cegueira)
- Transplante de Órgãos

2.2. Esta cobertura poderá ser contratada por Proponentes que tenham no mínimo 14 (quatorze) anos e no máximo 64 (sessenta e quatro) anos, 11 meses e 29 dias.

2.3. Não haverá pagamento do Capital Segurado se as doenças acima forem constatadas, após o falecimento do(a) Segurado(a), através do laudo emitido pelo SVO (Serviço e Verificação de Óbito) ou similar.

2.4. Sendo constatado e comunicado ao Grupo HDI Seguros o primeiro diagnóstico, não poderá haver cumulação de pagamento do Capital Segurado para mais de um diagnóstico ou procedimentos médicos cobertos.

2.5. Se constatada a preexistência de qualquer das doenças acima referidas, sendo esta(s) de conhecimento do(a) Segurado(a) e não declarada, o seguro será cancelado sem qualquer devolução de prêmios ou pagamento do capital segurado.

2.6. O capital segurado estabelecido para esta cobertura tem caráter estritamente indenizatório, sendo vedada sua vinculação as despesas médicas e/ou hospitalares observadas pelo segurado para o tratamento da doença.

3. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

3.1. **Acidente Vascular Cerebral Agudo:** obstrução aguda da circulação sanguínea cardiovascular causada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano ou seqüela neurológica permanente (distúrbio da fala, perda de atividades cognitivas, paralisia de membros).

O diagnóstico de acidente vascular cerebral agudo deve ser feito por meio de exame de imagem do cérebro e/ou exame de fluido cefalorraquidiano (exame de líquor).

3.1.1. **Não estão incluídos no conceito de Acidente Vascular Cerebral Agudo, para fins desta cobertura:**

- a) AIT (Ataque Isquêmico Transitório) e/ou deficiências neurológicas isquêmicas reversíveis;
- b) Hemorragia ou isquemia cerebral causada por acidentes;
- c) Hemorragia ou isquemia cerebral causada por tumor cerebral;
- d) Hemorragia ou isquemia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
- e) Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
- f) Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

3.2 Câncer e Melanoma: doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. A cobertura também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.

3.2.1. Não estão incluídos no conceito de câncer, para fins desta cobertura:

- a) Qualquer grau/estágio de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC);
- b) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- c) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- d) O câncer da próstata no estágio Ia, Ib e IC (Carcinoma prostático primário abaixo do estágio B0 pela classificação modificada Jewett, abaixo de T1c pela classificação TNM em 1992);
- e) Qualquer tumor maligno na presença do Vírus da Imunodeficiência Humana;
- f) Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno;
- g) Câncer existente antes da data efetiva de início da apólice, ou sua recidiva (ou invasão) após esta mesma data.

3.3. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio: realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (Bypass) na artéria coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia.

3.3.1. Não estão incluídos no conceito de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio, para fins desta cobertura:

- a) angioplastia;
- b) outros procedimentos intra-arteriais;
- c) cirurgia tipo “key-hole” (quaisquer procedimentos a tórax fechado), utilizando-se cateteres cirúrgicos), quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.

3.4. Infarto Agudo do Miocárdio: morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida, devidamente comprovado através de exames específico de que houve a morte do músculo cardíaco em qualquer percentual;

3.4.1. Não estão incluídos no conceito de Infarto Agudo do Miocárdio, para fins desta cobertura:

- a) toda angina do peito, incluindo angina estável e instável;
- b) angina decúbito; infarto do miocárdio sem a comprovação da morte do músculo cardíaco em qualquer percentual.

3.5. Insuficiência Renal Terminal: etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

3.6. Paralisia Total e Irreversível: perda total e permanente do uso de dois ou mais membros superiores (braços) ou inferiores (pernas), devido à paralisia causada por enfermidade ou traumatismo, exceto quando tal dano é auto-

infligido.

3.6.1. Não estão incluídos no conceito de Paralisia Total e Irreversível, para fins desta cobertura:

- a) quaisquer danos que sejam auto-infligidos;
- b) paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;
- c) as doenças encefálicas e os traumas cranioencefálicos que resultem em paralisia.

3.7. Perda Total da Audição: perda total e irreversível da audição bilateral, para todos os sons, resultante de uma doença aguda ou de um acidente. A evidência médica deve ser submetida por um otorrinolaringologista e deve incluir teste de audiometria e de exames complementares que confirmem a condição descrita.

3.7.1. Não estão incluídos no conceito de Perda Total de Audição, para fins desta cobertura:

- a) Surdez de origem central (sistema nervoso central).

3.8. Perda Total da Fala: perda total e irreversível da capacidade física de falar, estabelecida por um período contínuo de 6 (seis) meses. A evidência médica deve ser submetida por um otorrinolaringologista e deve confirmar lesões ou doença das cordas vocais. As causas psiquiátricas são excluídas.

3.9. Perda Total da Visão (Cegueira): perda total e irreversível da visão **em ambos os olhos**, certificada pelo relatório de um oftalmologista, consequente de uma doença aguda ou de um acidente segundo o conceito de cegueira total do Sociedade Brasileira de Oftalmologia, exceto em casos em que o dano é auto-infligido.

3.10. Transplante Total de Órgãos: transplante total de órgãos humanos (transplante alogênico) em que o segurado participe como receptor somente de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, intestino delgado ou medula óssea.

3.10.1. Não estão incluídos no conceito de Transplante Total de Órgãos, para fins desta cobertura:

- a) colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando-se a colocação de um coração verdadeiro no futuro;
- b) o transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos;
- c) o autotransplante de medula;
- d) o transplante de células tronco (células “mãe”);
- e) o transplante de células-beta do pâncreas;
- f) o transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas;
- g) quaisquer transplantes, de, apenas, uma parte do órgão.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da apólice, estão expressamente excluídos desta cobertura:

- a) Diagnósticos concedidos pelo próprio segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoas com laços de dependência econômica ou que resida com o segurado, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;
- b) Diagnóstico que não seja emitido por médico profissional habilitado;
- c) Doença Grave decorrente da tentativa de suicídio pelo Segurado ocorrida no prazo de 24 meses do início de vigência;
- d) Qualquer doença, sequela ou lesão preexistente e de conhecimento do segurado, porém não declarada no momento da contratação;
- e) Qualquer doença não prevista nesta cobertura e/ou que não se enquadre nos critérios definidos nestas condições para a caracterização da doença grave.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecido na apólice, vigente na data do diagnóstico realizado em vida pelo Segurado, obedecendo aos limites mínimos e máximos comercializados pela Seguradora.

5.2. Uma vez paga indenização, esta cobertura será rescindida por esgotamento do capital segurado, sendo que a Seguradora emitirá um endosso ao contrato de seguro, com a redução do valor do prêmio referente a esta cobertura.

6. CARÊNCIA

6.1. A carência será de 90 (noventa) dias ininterruptos, a serem contados a partir do início de vigência do seguro, no qual o Segurado não terá direito às coberturas garantidas por estas Condições Especiais, conforme especificado na apólice de seguro.

6.2. O início do prazo de carência se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de início de vigência do seguro.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 12** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 13** (Relação de Documentos Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Formulário de aviso de sinistro preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Formulário de declaração médica fornecido pela Seguradora atestando a Doença Grave, assinado pelo médico habilitado (carimbo de identificação e CRM);
- c) Cópias dos exames comprobatórios com seus respectivos laudos indicados na **Cláusula 3. Conceitos e Definições**.

7.2. O Grupo HDI Seguros está autorizado, em caso de dúvida fundada, a tomar todas as providências necessárias que vise a plena elucidação, para obter uma explicação completa sobre o evento ocorrido, podendo, inclusive, solicitar novos documentos que considerar necessários à comprovação do fato alegado, respeitado o disposto no **Cláusula 13**. das Condições Gerais.

8. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

8.1. Esta cobertura cessará automaticamente quando:

- a) ocorrer o cancelamento da apólice;
- b) do recebimento do pedido de cancelamento por escrito do Segurado;
- c) o(a) Segurado(a) completar 70 (setenta) anos de idade, sendo reduzido o valor do prêmio correspondente, de acordo com o estabelecido para esta cobertura, permanecendo em vigor a apólice, com as demais coberturas contratadas, se houver;
- d) ocorrer o esgotamento do capital segurado conforme cláusula 5.2 destas Condições Especiais;
- e) ocorrer a Morte do Segurado.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

10. REENQUADRAMENTO ANUAL DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

10.1. Anualmente, seja no aniversário da apólice (Apólice com vigência plurianual) ou nas Renovações* (Apólices com vigência anual e plurianual), ocorrerá um reajuste no prêmio do seguro em razão da mudança (aumento) da idade do segurado durante a vigência da apólice.

*Havendo possibilidade de renovação da apólice cujas regras estão previstas na cláusula 8. DA RENOVAÇÃO das Condições Gerais.

10.2. Esse acréscimo está indicado na coluna "fator de reajuste", na tabela abaixo, levando em conta a idade e sexo. Esse fator deve ser aplicado ao prêmio do seguro vigente, a partir do primeiro mês imediatamente subsequente ao do aniversário ou da renovação da apólice, conforme a fórmula de reenquadramento abaixo:

Novo Prêmio Com Reenquadramento = Prêmio de Doenças Graves Plano Estendido – 10 Tipos vigente X Fator de Reajuste Anual

Tabela de Fatores de Reajustes Anuais:

IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE	IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE	IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE
20	1,0606	40	1,1173	60	1,0135
21	1,0857	41	1,1250	61	1,0033
22	1,0526	42	1,1244	62	1,0415
23	1,0750	43	1,1107	63	1,0478
24	1,0698	44	1,1068	64	1,0449
25	1,0652	45	1,1061	65	1,0415
26	1,0816	46	1,1017	66	1,0490
27	1,0566	47	1,1055	67	1,0467
28	1,0893	48	1,1050	68	1,0439
29	1,1148	49	1,1015	69	1,0427
30	1,0882	50	1,0980		
31	1,0811	51	1,1000		
32	1,1000	52	1,0974		
33	1,0909	53	1,0991		
34	1,0938	54	1,0969		
35	1,0952	55	1,0920		
36	1,1130	56	1,0888		
37	1,1250	57	1,0733		
38	1,1111	58	1,0683		
39	1,1188	59	1,0657		

10.3. Fica certo e entendido que em hipótese alguma este seguro será considerado como "seguro vitalício", independentemente do período de vigência contratado e de quantas vezes o seguro for renovado.

XII - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante, em caso de morte do segurado, o reembolso das despesas realizadas com o funeral ou a prestação de serviço de assistência, até o valor do capital segurado contratado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.1.1. A Seguradora efetuará o reembolso das despesas com o funeral diretamente ao responsável ou responsáveis pelo dispêndio, até o limite do Capital Segurado contratado.

1.2. **A comprovação das despesas deverá ser feita mediante apresentação dos comprovantes originais.**

1.3. Contratada esta cobertura pelo Segurado, poderá ser contratada também para os Segurados Dependentes.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

2.1. Em substituição ao reembolso, poderá haver opção pela prestação de serviços de assistência funeral, até o limite do Capital Segurado contratado.

2.2. A prestação dos serviços de sepultamento ou cremação será feita exclusivamente no território nacional (onde existir esse serviço) e engloba os seguintes itens, exclusivamente:

- a. envio de um representante credenciado, além do fornecimento do livro de registro de presença;
 - b. cerimônia fúnebre, abrangendo exclusivamente os itens abaixo:
 - c. preparação do corpo para acomodação em urna;
 - d. caixão/urna funerária feita em madeira maciça, com ornamentos laterais e face superior, alças e chavetas douradas, forração em tecido, apoio para cabeça, visor e babados e sobre babados;
 - e. véu ou manto mortuário, quando necessário;
 - f. enfeite floral e coroas de flores;
 - g. capela mortuária ou velório;
 - h. aparelho de ozona;
 - i. mesa de condolências ou câmara ardente, incluindo castiçais, velas, suporte para urna e imagens ou insígnias de acordo com a religião da família;
 - j. carro funerário para enterro dentro do município de moradia habitual do segurado;
 - k. sepultamento ou cremação onde existir esse serviço;
 - l. pagamento de taxa de sepultamento ou cremação onde existir esse serviço;
 - m. providência no sentido de levar o óbito a registro, suportando os ônus decorrentes deste serviço;
 - n. indicação de locação de um jazigo, dependendo da disponibilidade do local, por um período de até 3 (três) anos contados da data do falecimento, no caso em que a família do “de cujus” não dispuser de local para o sepultamento.
 - o. traslado e/ou repatriamento de corpo, onde o prestador de serviço tratará das formalidades a serem cumpridas no local do falecimento, garantindo o pagamento das despesas de transporte desde o local de óbito e/ou preparação do corpo até o local de sepultamento ou cremação no Brasil, incluindo-se os gastos para o fornecimento de urna funerária para o transporte terrestre, ou de urna específica (zincada) necessária para traslados aéreos, quando o falecimento ocorrer fora do município de moradia habitual do segurado.
- 1) No que se refere ao traslado e/ou repatriamento do corpo, o prestador de serviço providenciará a remoção do corpo de qualquer lugar do mundo somente para o sepultamento ou cremação no município de moradia habitual do segurado no Brasil.

2.2.1. Os serviços de assistência serão prestados a partir do momento em que o corpo do falecido segurado estiver liberado pelas autoridades, sem que haja obstáculo material, policial ou judicial que impeça o traslado e/ou repatriamento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Os riscos excluídos para esta Cobertura são os constantes das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data do evento.

4.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do segurado.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

5.1. O âmbito territorial para a garantia prevista nesta cobertura é o território global.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Se a cobertura for utilizada na forma de reembolso, adicionalmente aos documentos relacionados nas Condições Gerais do seguro, os documentos básicos necessários são:

a) Comprovantes (notas fiscais e recibos) originais das despesas realizadas com o funeral do segurado.

6.2. Se a cobertura for utilizada na forma de prestação de serviços, não haverá documentos adicionais àqueles relacionados nas Condições Gerais do seguro.

6.3. Para todos os beneficiários desta cobertura, utilizada na forma de reembolso de despesas realizadas com o funeral do segurado, os documentos básicos necessários são:

a) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;

b) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;

c) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica;

d) Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica.

7. RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

8.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

9. REENQUADRAMENTO ANUAL DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

9.1. Anualmente, seja no aniversário da apólice (Apólice com vigência plurianual) ou nas Renovações* (Apólices com vigência anual e plurianual), ocorrerá um reajuste no prêmio do seguro em razão da mudança (aumento) da idade do segurado durante a vigência da apólice.

*Havendo possibilidade de renovação da apólice cujas regras estão previstas na cláusula 8. DA RENOVAÇÃO das Condições Gerais.

9.2. Esse acréscimo está indicado na coluna "fator de reajuste", na tabela abaixo, levando em conta a idade e sexo. Esse fator deve ser aplicado ao prêmio do seguro vigente, a partir do primeiro mês imediatamente subsequente ao do aniversário ou da renovação da apólice, conforme a fórmula de reenquadramento abaixo:

Novo Prêmio Com Reenquadramento = Prêmio Assistência Funeral vigente X Fator de Reajuste Anual

Tabela de Fatores de Reajustes Anuais:

IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE MASCULINO	FATOR DE REAJUSTE FEMININO
14	---	---
15	1,0278	1,0000
16	1,0270	1,0333
17	1,0263	1,0323
18	1,0256	1,0313
19	1,0250	1,0121
20	1,0488	1,0479
21	1,0465	1,0571
22	1,0222	1,0270
23	1,0435	1,0526
24	1,0625	1,0500
25	1,0392	1,0476
26	1,0377	1,0455
27	1,0545	1,0217
28	1,0345	1,0426
29	1,0333	1,0408
30	1,0484	1,0392
31	1,0308	1,0377
32	1,0299	1,0364
33	1,0435	1,0351
34	1,0278	1,0339
35	1,0541	1,0492
36	1,0513	1,0625
37	1,0732	1,0588
38	1,0795	1,0833
39	1,0842	1,0897
40	1,1068	1,1059

IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE MASCULINO	FATOR DE REAJUSTE FEMININO
41	1,1140	1,1064
42	1,1181	1,1250
43	1,1268	1,1282
44	1,1313	1,1288
45	1,1271	1,1275
46	1,1225	1,1250
47	1,1179	1,1164
48	1,1094	1,1090
49	1,1056	1,1068
50	1,0987	1,0965
51	1,0928	1,0915
52	1,0849	1,0871
53	1,0807	1,0801
54	1,0747	1,0742
55	1,0716	1,0742
56	1,0707	1,0690
57	1,0661	1,0668
58	1,0671	1,0647
59	1,0661	1,0686
60	1,0726	1,0716
61	1,0776	1,0771
62	1,0838	1,0843
63	1,0918	1,0909
64	1,0962	1,0968
65	1,1019	1,1029
66	1,1053	1,1044
67	1,1069	1,1066

IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE MASCULINO	FATOR DE REAJUSTE FEMININO
68	1,1078	1,1082
69	1,1081	1,1083
70	1,1079	1,1073
71	1,1062	1,1063
72	1,1050	1,1051
73	1,1036	1,1033
74	1,1024	1,1031
75	1,1025	1,1020
76	1,1024	1,1023
77	1,1023	1,1024
78	1,1025	1,1027
79	1,1022	1,1022
80	1,1018	1,1018
81	1,1011	1,1010
82	1,1002	1,1003
83	1,0988	1,0988
84	1,0966	1,0963
85	1,0931	1,0932
86	1,0893	1,0895
87	1,0853	1,0852
88	1,0813	1,0813
89	1,0780	1,0781
90	1,0757	1,0756
91	1,0741	1,0740
92	1,0728	1,0729
93	1,0721	1,0721
94	1,0715	1,0715
95	1,0710	1,0710
96	1,0706	1,0706
97	1,0703	1,0703
98	1,0712	1,0713
99	1,0731	1,0731

9.3. Fica certo e entendido que em hipótese alguma este seguro será considerado como "seguro vitalício", independentemente do período de vigência contratado e de quantas vezes o seguro for renovado.

XIII - CONDIÇÃO ESPECIAL PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DA CONDIÇÃO ESPECIAL DE DEPENDENTE CÔNJUGE

1.1. Esta cobertura garante ao Segurado titular o pagamento do capital segurado, em caso de contratação da cobertura Morte, Morte Acidental e/ou Morte com Pagamento Antecipado por Invalidez Funcional Permanente por Doença para o seu cônjuge, ou o pagamento ao próprio cônjuge, em caso de contratação de outras coberturas, observadas as demais cláusulas desta Condição Especial e das Condições Gerais e Especiais do seguro, além da legislação aplicável.

2. DEFINIÇÃO DE CÔNJUGE

2.1. A comprovação da condição de cônjuge dar-se-á pela apresentação de certidão de casamento atualizada ou declaração pública de vida em comum, com até 30 (trinta) dias da data de emissão do documento.

2.2. Para fins desta Condição Especial, a(o) companheira(o) será equiparada(o) a(o) esposa(o), nos casos previstos no Código Civil Brasileiro.

3. COBERTURAS

3.1. É admitida para este seguro a contratação das coberturas previstas por este seguro para cônjuges na forma de contratação facultativa, respeitando o disposto nas Condições Gerais e Condições Especiais de cada cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, serão aqueles definidos nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1 Poderão fazer parte deste seguro o cônjuge que tiver sua inclusão solicitada pelo Proponente/Segurado Principal, mediante Proposta de Contratação devidamente preenchida e assinada pelo Cônjuge, desde que atendam as condições estabelecidas na Cláusula 2 e respeitadas todos os itens das Condições Gerais e Especiais da apólice.

5.2. As respostas às questões da "Declaração Pessoal de Saúde e Atividade" com a utilização das expressões "sim" ou "não", e as respostas detalhadas por extenso, se for o caso, deverão ser respondidas pelo próprio cônjuge.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento, conforme definido nas Condições Especiais de cada cobertura.

6.2. O capital segurado para cada cobertura está limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado da mesma cobertura contratada pelo Segurado titular.

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura.

8. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

8.1. Esta cobertura cessará automaticamente quando ocorrer:

- a) o pedido de cancelamento por escrito do Segurado;

- b) o cancelamento das respectivas condições especiais;
- c) o cancelamento do Seguro do Segurado titular;
- d) a morte do cônjuge dependente Segurado por estas cobertura;
- e) a morte do Segurado ;
- f) a separação de fato, judicial ou divórcio do casal;
- g) perda pelo dependente cônjuge do seu vínculo com o Segurado titular.

8.2. O cancelamento desta cobertura ocorrerá ainda, mediante acordo entre a Seguradora e o Segurado, sem prejuízo da vigência correspondente aos Prêmios já pagos, podendo a Seguradora reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

XIV - CONDIÇÃO ESPECIAL PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S) FILHO(S)

1. OBJETIVO DA CONDIÇÃO ESPECIAL DE DEPENDENTE(S) FILHO(S)

1.1. Esta cobertura garante ao Segurado titular o pagamento do capital segurado, em caso de contratação da cobertura Morte ou da cobertura de Morte Acidental para seu(s) filho(s), observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais e das Condições Gerais da apólice, além da legislação aplicável.

2. DEFINIÇÃO DE FILHOS

2.1. Será(ão) considerado(s) filho(s), para fins de inclusão nesta cobertura, filho(s) do Segurado de até 21 anos de idade ou 24 (vinte e quatro) anos, se universitário(a).

2.2. Para fins da presente cobertura, equiparam-se aos filhos, os enteados, considerados dependentes econômicos do Segurado titular, desde que atendam as condições do item 2.1 desta Cláusula.

2.3. Para menores de 14 (quatorze) anos é permitido exclusivamente o pagamento do reembolso de despesas com funeral.

3. COBERTURAS

3.1. Ao(s) Filho(s) somente poderá(ão) ser concedida a cobertura de Morte ou Morte Acidental, desde que a mesma tenha sido contratada pelo Segurado titular, respeitando o disposto nas Condições Especiais de cada cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, serão considerados riscos excluídos aqueles definidos nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1. Poderão fazer parte deste seguro todos os filhos do Segurado titular que tiverem suas inclusões solicitadas, mediante Proposta de Contratação devidamente preenchida e assinada pelo Segurado, desde que, atendam as condições estabelecidas na Cláusula 2 e ainda respeitadas todas as condições estabelecidas nas Condições Gerais da apólice.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins destas Condições Especiais o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice de Seguro, vigente na data do evento.

6.2. O capital segurado desta garantia para cada cobertura está limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado da mesma cobertura contratada pelo Segurado titular.

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) procederem conforme descrito na Cláusula 12 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 13 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura.

8. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

8.1. Esta cobertura cessará automaticamente quando ocorrer:

- a) o pedido de cancelamento por escrito do Segurado;
- b) o cancelamento das respectivas condições especiais;
- c) o cancelamento do Seguro do Segurado titular;
- d) a morte do filho dependente segurado por estas Condições Especiais;

- e) Morte do Segurado titular;
- f) do filho completar 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos de idade, se universitário.

8.1.1. O cancelamento desta cobertura ocorrerá ainda, mediante acordo entre a Seguradora e o Segurado, sem prejuízo da vigência correspondente aos Prêmios já pagos, podendo a Seguradora reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

XV - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES PLANO ESPECIAL – 16 TIPOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1.1. Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado, em decorrência do diagnóstico de uma ou mais doenças graves cobertas ou da realização de um procedimento médico coberto, **somente se o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do primeiro evento coberto**, respeitado o prazo de carência, **exceto se decorrente de risco excluído**, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Esta cobertura também poderá ser concedida ao Dependente Cônjuge, desde que contratada para o Segurado Titular.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Para efeito destas Condições Especiais, somente estarão cobertos os eventos ocorridos em consequência das doenças abaixo referidas:

- Acidente Vascular Cerebral Agudo
- Câncer e Melanoma
- Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
- Infarto agudo do Miocárdio
- Insuficiência Renal Terminal
- Paralisia Total e Irreversível
- Perda Total da Audição
- Perda Total da Fala.
- Perda Total da Visão (Cegueira)
- Transplante de Órgãos
- Alzheimer
- Embolia Pulmonar
- Esclerose Múltipla
- Doença de Parkinson
- Cirurgia de Válvula Cardíaca
- Queimaduras Graves

2.2. Esta cobertura poderá ser contratada por Proponentes que tenham no mínimo 14 (quatorze) anos e no máximo 64 (sessenta e quatro) anos, 11 meses e 29 dias.

2.3. Não haverá pagamento do Capital Segurado se as doenças acima forem constatadas, após o falecimento do(a) Segurado(a), através do laudo emitido pelo SVO (Serviço e Verificação de Óbito) ou similar.

2.4. Sendo constatado e comunicado ao Grupo HDI Seguros o primeiro diagnóstico, não poderá haver cumulação de pagamento do Capital Segurado para mais de um diagnóstico ou procedimentos médicos cobertos.

2.5. Se constatada a preexistência de qualquer das doenças acima referidas, sendo esta(s) de conhecimento do(a) Segurado(a) e não declarada, o seguro será cancelado sem qualquer devolução de prêmios ou pagamento do capital segurado.

2.6. O capital segurado estabelecido para esta cobertura tem caráter estritamente indenizatório, sendo vedada sua vinculação as despesas médicas e/ou hospitalares observadas pelo segurado para o tratamento da doença.

3. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

3.1. Acidente Vascular Cerebral Agudo: obstrução aguda da circulação sanguínea cardiovascular causada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano ou seqüela neurológica permanente (distúrbio da fala, perda de atividades cognitivas, paralisia de membros).

O diagnóstico de acidente vascular cerebral agudo deve ser feito por meio de exame de imagem do cérebro e/ou exame de fluido cefalorraquidiano (exame de líquor).

3.1.1. Não estão incluídos no conceito de Acidente Vascular Cerebral Agudo, para fins desta cobertura:

- a) AIT (Ataque Isquêmico Transitório) e/ou deficiências neurológicas isquêmicas reversíveis;
- b) Hemorragia ou isquemia cerebral causada por acidentes;
- c) Hemorragia ou isquemia cerebral causada por tumor cerebral;
- d) Hemorragia ou isquemia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
- e) Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
- f) Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

3.2. Câncer e Melanoma: doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. A cobertura também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.

3.2.1. Não estão incluídos no conceito de câncer, para fins desta cobertura:

- a) Qualquer grau/estágio de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC);
- b) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- c) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- d) O câncer da próstata no estágio Ia, Ib e IC (Carcinoma prostático primário abaixo do estágio B0 pela classificação modificada Jewett, abaixo de T1c pela classificação TNM em 1992);
- e) Qualquer tumor maligno na presença do Vírus da Imunodeficiência Humana;
- f) Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno;
- g) Câncer existente antes da data efetiva de início da apólice, ou sua recidiva (ou invasão) após esta mesma data.

3.3. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio: realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (Bypass) na artéria coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia.

3.3.1. Não estão incluídos no conceito de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio, para fins desta cobertura:

- a) angioplastia;
- b) outros procedimentos intra-arteriais;
- c) cirurgia tipo “key-hole” (quaisquer procedimentos a tórax fechado), utilizando-se cateteres cirúrgicos), quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.

3.4. Infarto Agudo do Miocárdio: morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida, devidamente comprovado através de exames específico de que houve a morte do músculo cardíaco em qualquer percentual;

3.4.1. Não estão incluídos no conceito de Infarto Agudo do Miocárdio, para fins desta cobertura:

- a) toda angina do peito, incluindo angina estável e instável;
- b) angina decúbito; infarto do miocárdio sem a comprovação da morte do músculo cardíaco em qualquer percentual.

3.5. Insuficiência Renal Terminal: etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função **de ambos os rins**, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

3.6. Paralisia Total e Irreversível: perda total e permanente do uso de dois ou mais membros superiores (braços) ou inferiores (pernas), devido à paralisia causada por enfermidade ou traumatismo, exceto quando tal dano é auto-infligido.

3.6.1. Não estão incluídos no conceito de Paralisia Total e Irreversível, para fins desta cobertura:

- a) quaisquer danos que sejam auto-infligidos;
- b) paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;
- c) as doenças encefálicas e os traumas cranioencefálicos que resultem em paralisia.

3.7. Perda Total da Audição: perda total e irreversível da audição bilateral, para todos os sons, resultante de uma doença aguda ou de um acidente. A evidência médica deve ser submetida por um otorrinolaringologista e deve incluir teste de audiometria e de exames complementares que confirmem a condição descrita.

3.7.1. Não estão incluídos no conceito de Perda Total de Audição, para fins desta cobertura:

- a) Surdez de origem central (sistema nervoso central).

3.8. Perda Total da Fala: perda total e irreversível da capacidade física de falar, estabelecida por um período contínuo de 6 (seis) meses. A evidência médica deve ser submetida por um otorrinolaringologista e deve confirmar lesões ou doença das cordas vocais. As causas psiquiátricas são excluídas.

3.9. Perda Total da Visão (Cegueira): perda total e irreversível da visão **em ambos os olhos**, certificada pelo relatório de um oftalmologista, consequente de uma doença aguda ou de um acidente segundo o conceito de cegueira total do Sociedade Brasileira de Oftalmologia, exceto em casos em que o dano é auto-infligido.

3.10. Transplante Total de Órgãos: transplante total de órgãos humanos (transplante alogênico) em que o segurado participe como receptor somente de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, intestino delgado ou medula óssea.

3.10.1. Não estão incluídos no conceito de Transplante Total de Órgãos, para fins desta cobertura:

- a) colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando-se a colocação de um coração verdadeiro no futuro;
- b) o transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos;
- c) o autotransplante de medula;
- d) o transplante de células tronco (células “mãe”);
- e) o transplante de células-beta do pâncreas;
- f) o transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas;
- g) quaisquer transplantes, de, apenas, uma parte do órgão.

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

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

f) A doença terá de exigir supervisão constante (24h) de terceiros.

O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão constante devem ser confirmados por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

3.11.1. Não estão incluídos no conceito de Alzheimer, para fins desta cobertura:

a) Outras formas de demência, devido a perturbações cerebrais, sistêmicas ou devido a doenças psiquiátricas.

3.12. Embolia Pulmonar ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP): é o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões. O diagnóstico deve ser realizado por médico habilitado, aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro clínico típico e exames específicos que comprovem que houve a redução permanente e moderada da função respiratória.

3.12.1. Não estão incluídos no conceito de Embolia Pulmonar ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP), para fins desta cobertura:

a) Embolia gordurosa, embolia aérea e embolia por líquido amniótico;

b) Embolia pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice decorrente de doenças preexistentes à contratação.

3.13. Esclerose Múltipla: doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses ou deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com um intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles, ou, ainda, um episódio, clinicamente documentado, com manifestações características no fluido cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética.

3.13.1. Não estão incluídos no conceito de Esclerose Múltipla, para fins desta cobertura:

a) Doença na fase caracterizada por surtos de exacerbação-remissão sem sintomas.

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

3.14.1. Não estão incluídos no conceito de Doença (ou mal) de Parkinson, para fins desta cobertura:

a) Doença ou Mal de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos;

b) Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença ou Mal de Parkinson;

c) Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;

d) Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo.

3.15. Cirurgia de Válvula Cardíaca: realização de cirurgia cardíaca para substituição ou reparo de uma ou mais válvulas cardíacas (mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar). A definição abrange os seguintes procedimentos à tórax aberto e endovasculares:

a) esternotomia total, esternotomia parcial, toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por catéter, implante transcáteter de prótese valvar aórtica.

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

3.15.1. Não estão incluídos no conceito de Cirurgia de Válvula Cardíaca, para fins desta cobertura:

a) Clipagem da valva mitral transcatóter.

3.16. Queimaduras Graves: queimaduras de terceiro grau que atingem mais de 20% (vinte por cento) da superfície corporal, queimaduras de terceiro grau que atingem o períneo, queimaduras de terceiro grau que atingem mão ou pé ou face ou axila e queimaduras por corrente elétrica que leve a perda da função motora do segmento. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.

3.16.1. Não estão incluídos no conceito de Queimaduras Graves, para fins desta cobertura:

- a) Queimaduras decorrentes de auto-agressão;
- b) Queimaduras de primeiro e segundo grau.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da apólice, estão expressamente excluídos desta cobertura:

- a) Diagnósticos concedidos pelo próprio segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoas com laços de dependência econômica ou que resida com o segurado, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;
- b) Diagnóstico que não seja emitido por médico profissional habilitado;
- c) Doença Grave decorrente da tentativa de suicídio pelo Segurado ocorrida no prazo de 24 meses do início de vigência;
- d) Qualquer doença, sequela ou lesão preexistente e de conhecimento do segurado, porém não declarada no momento da contratação;
- e) Qualquer doença não prevista nesta cobertura e/ou que não se enquadre nos critérios definidos nestas condições para a caracterização da doença grave.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecido na apólice, vigente na data do diagnóstico realizado em vida pelo Segurado, obedecendo aos limites mínimos e máximos comercializados pela Seguradora.

5.2. Uma vez paga indenização, esta cobertura será rescindida por esgotamento do capital segurado, sendo que a Seguradora emitirá um endosso ao contrato de seguro, com a redução do valor do prêmio referente a esta cobertura.

6. CARÊNCIA

6.1. A carência será de 90 (noventa) dias ininterruptos, a serem contados a partir do início de vigência do seguro, no qual o Segurado não terá direito às coberturas garantidas por estas Condições Especiais, conforme especificado na apólice de seguro.

6.2. O início do prazo de carência se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de início de vigência do seguro.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 12** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 13** (Relação de Documentos Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Formulário de aviso de sinistro preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Formulário de declaração médica fornecido pela Seguradora atestando a Doença Grave, assinado pelo

médico habilitado (carimbo de identificação e CRM);

c) Cópias dos exames comprobatórios com seus respectivos laudos indicados na **Cláusula 3. Conceitos e Definições**.

7.2. O Grupo HDI Seguros está autorizado, em caso de dúvida fundada, a tomar todas as providências necessárias que vise a plena elucidação, para obter uma explicação completa sobre o evento ocorrido, podendo, inclusive, solicitar novos documentos que considerar necessários à comprovação do fato alegado, respeitado o disposto no **Cláusula 13**. das Condições Gerais.

8. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

8.1. Esta cobertura cessará automaticamente quando:

- a) ocorrer o cancelamento da apólice;
- b) do recebimento do pedido de cancelamento por escrito do Segurado;
- c) o(a) Segurado(a) completar 70 (setenta) anos de idade, sendo reduzido o valor do prêmio correspondente, de acordo com o estabelecido para esta cobertura, permanecendo em vigor a apólice, com as demais coberturas contratadas, se houver;
- d) ocorrer o esgotamento do capital segurado conforme cláusula 5.2 destas Condições Especiais;
- e) ocorrer a Morte do Segurado.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

10. REENQUADRAMENTO ANUAL DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

10.1. Anualmente, seja no aniversário da apólice (Apólice com vigência plurianual) ou nas Renovações* (Apólices com vigência anual e plurianual), ocorrerá um reajuste no prêmio do seguro em razão da mudança (aumento) da idade do segurado durante a vigência da apólice.

*Havendo possibilidade de renovação da apólice cujas regras estão previstas na cláusula 8. DA RENOVAÇÃO das Condições Gerais.

10.2. Esse acréscimo está indicado na coluna "fator de reajuste", na tabela abaixo, levando em conta a idade e sexo. Esse fator deve ser aplicado ao prêmio do seguro vigente, a partir do primeiro mês imediatamente subsequente ao do aniversário ou da renovação da apólice, conforme a fórmula de reenquadramento abaixo:

Novo Prêmio Com Reenquadramento = Prêmio de Doenças Graves Plano Especial - 16 Tipos vigente X Fator de Reajuste Anual.

Tabela de Fatores de Reajustes Anuais:

IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE	IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE
20	1,0010	45	1,0690
21	1,0008	46	1,0646

22	1,0493	47	1,0905
23	1,0470	48	1,0830
24	1,0449	49	1,0766
25	1,0430	50	1,0712
26	1,0414	51	1,0665
27	1,0290	52	1,0791
28	1,0282	53	1,0733
29	1,0274	54	1,3354
30	1,0267	55	1,0639
31	1,0260	56	1,0601
32	1,0789	57	1,0661
33	1,0731	58	1,0620
34	1,6023	59	1,0584
35	1,0638	60	1,0552
36	1,0600	61	1,0523
37	1,0714	62	1,0371
38	1,0667	63	1,0358
39	1,0625	64	1,0345
40	1,0589	65	1,0334
41	1,0556	66	1,0323
42	1,0871	67	1,0579
43	1,0801	68	1,0547
44	1,4322	69	1,0519

10.3. Fica certo e entendido que em hipótese alguma este seguro será considerado como "seguro vitalício", independentemente do período de vigência contratado e de quantas vezes o seguro for renovado.

XVI- CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES PLANO MASTER – 20 TIPOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1.1. Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado, em decorrência do diagnóstico de uma ou mais doenças graves cobertas ou da realização de um procedimento médico coberto, **somente se o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do primeiro evento coberto**, respeitado o prazo de carência, **exceto se decorrente de risco excluído**, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Esta cobertura também poderá ser concedida ao Dependente Cônjuge, desde que contratada para o Segurado Titular.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Para efeito destas Condições Especiais, somente estarão cobertos os eventos ocorridos em consequência das doenças abaixo referidas:

- Acidente Vascular Cerebral Agudo
- Câncer e Melanoma
- Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
- Infarto agudo do Miocárdio
- Insuficiência Renal Terminal
- Paralisia Total e Irreversível
- Perda Total da Audição
- Perda Total da Fala.
- Perda Total da Visão (Cegueira)
- Transplante de Órgãos
- Alzheimer
- Embolia Pulmonar
- Esclerose Múltipla
- Doença de Parkinson
- Cirurgia de Válvula Cardíaca
- Queimaduras Graves
- Cirurgia da Aorta
- Implante de Marcapasso
- Doenças do Neurônio Motor
- Angioplastia Coronariana

2.2. Esta cobertura poderá ser contratada por Proponentes que tenham no mínimo 14 (quatorze) anos e no máximo 64 (sessenta e quatro) anos, 11 meses e 29 dias.

2.3. Não haverá pagamento do Capital Segurado se as doenças acima forem constatadas, após o falecimento do(a) Segurado(a), através do laudo emitido pelo SVO (Serviço e Verificação de Óbito) ou similar.

2.4. Sendo constatado e comunicado ao Grupo HDI Seguros o primeiro diagnóstico, não poderá haver acumulação de pagamento do Capital Segurado para mais de um diagnóstico ou procedimentos médicos cobertos.

2.5. Se constatada a preexistência de qualquer das doenças acima referidas, sendo esta(s) de conhecimento do(a) Segurado(a) e não declarada, o seguro será cancelado sem qualquer devolução de prêmios ou pagamento do capital segurado.

2.6. O capital segurado estabelecido para esta cobertura tem caráter estritamente indenizatório, sendo

vedada sua vinculação as despesas médicas e/ou hospitalares observadas pelo segurado para o tratamento da doença.

3. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

3.1. Acidente Vascular Cerebral Agudo: obstrução aguda da circulação sanguínea cardiovascular causada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano ou seqüela neurológica permanente (distúrbio da fala, perda de atividades cognitivas, paralisia de membros).

O diagnóstico de acidente vascular cerebral agudo deve ser feito por meio de exame de imagem do cérebro e/ou exame de fluido cefalorraquidiano (exame de líquor).

3.1.1. Não estão incluídos no conceito de Acidente Vascular Cerebral Agudo, para fins desta cobertura:

- a) AIT (Ataque Isquêmico Transitório) e/ou deficiências neurológicas isquêmicas reversíveis;
- b) Hemorragia ou isquemia cerebral causada por acidentes;
- c) Hemorragia ou isquemia cerebral causada por tumor cerebral;
- d) Hemorragia ou isquemia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
- e) Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
- f) Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

3.2. Câncer e Melanoma: doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. A cobertura também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.

3.2.1. Não estão incluídos no conceito de câncer, para fins desta cobertura:

- a) Qualquer grau/estágio de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC);
- b) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- c) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- d) O câncer da próstata no estágio Ia, Ib e Ic (Carcinoma prostático primário abaixo do estágio B0 pela classificação modificada Jewett, abaixo de T1c pela classificação TNM em 1992);
- e) Qualquer tumor maligno na presença do Vírus da Imunodeficiência Humana;
- f) Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno;
- g) Câncer existente antes da data efetiva de início da apólice, ou sua recidiva (ou invasão) após esta mesma data.

3.3. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio: realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (Bypass) na artéria coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia.

3.3.1. Não estão incluídos no conceito de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio, para fins desta cobertura:

- a) angioplastia;
- b) outros procedimentos intra-arteriais;
- c) cirurgia tipo “key-hole” (quaisquer procedimentos a tórax fechado), utilizando-se cateteres cirúrgicos), quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.

3.4. Infarto Agudo do Miocárdio: morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida, devidamente comprovado através de exames específico de que houve a morte do músculo cardíaco em qualquer percentual;

3.4.1. Não estão incluídos no conceito de Infarto Agudo do Miocárdio, para fins desta cobertura:

- a) toda angina do peito, incluindo angina estável e instável;

b) angina decúbito; infarto do miocárdio sem a comprovação da morte do músculo cardíaco em qualquer percentual.

3.5. Insuficiência Renal Terminal: etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de **ambos os rins**, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

3.6. Paralisia Total e Irreversível: perda total e permanente do uso de dois ou mais membros superiores (braços) ou inferiores (pernas), devido à paralisia causada por enfermidade ou traumatismo, exceto quando tal dano é auto-infligido.

3.6.1. Não estão incluídos no conceito de Paralisia Total e Irreversível, para fins desta cobertura:

- a) quaisquer danos que sejam auto-infligidos;**
- b) paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;**
- c) as doenças encefálicas e os traumas cranioencefálicos que resultem em paralisia.**

3.7. Perda Total da Audição: perda total e irreversível da audição bilateral, para todos os sons, resultante de uma doença aguda ou de um acidente. A evidência médica deve ser submetida por um otorrinolaringologista e deve incluir teste de audiometria e de exames complementares que confirmem a condição descrita.

3.7.1. Não estão incluídos no conceito de Perda Total de Audição, para fins desta cobertura:

- a) Surdez de origem central (sistema nervoso central).**

3.8. Perda Total da Fala: perda total e irreversível da capacidade física de falar, estabelecida por um período contínuo de 6 (seis) meses. A evidência médica deve ser submetida por um otorrinolaringologista e deve confirmar lesões ou doença das cordas vocais. As causas psiquiátricas são excluídas.

3.9. Perda Total da Visão (Cegueira): perda total e irreversível da visão **em ambos os olhos**, certificada pelo relatório de um oftalmologista, consequente de uma doença aguda ou de um acidente segundo o conceito de cegueira total do Sociedade Brasileira de Oftalmologia, exceto em casos em que o dano é auto-infligido.

3.10. Transplante Total de Órgãos: transplante total de órgãos humanos (transplante alogênico) em que o segurado participe como receptor somente de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, intestino delgado ou medula óssea.

3.10.1. Não estão incluídos no conceito de Transplante Total de Órgãos, para fins desta cobertura:

- a) colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando-se a colocação de um coração verdadeiro no futuro;**
- b) o transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos;**
- c) o autotransplante de medula;**
- d) o transplante de células tronco (células “mãe”);**
- e) o transplante de células-beta do pâncreas;**
- f) o transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas;**
- g) quaisquer transplantes, de, apenas, uma parte do órgão.**

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

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

- c) Início gradual e declínio progressivo da função cognitiva.
- d) Ausência de distúrbio da consciência.
- e) Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por ex. tomografia).
- f) A doença terá de exigir supervisão constante (24h) de terceiros.

O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão constante devem ser confirmados por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

3.11.1. Não estão incluídos no conceito de Alzheimer, para fins desta cobertura:

- a) Outras formas de demência, devido a perturbações cerebrais, sistêmicas ou devido a doenças psiquiátricas.

3.12. Embolia Pulmonar ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP): é o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões. O diagnóstico deve ser realizado por médico habilitado, aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro clínico típico e exames específicos que comprovem que houve a redução permanente e moderada da função respiratória.

3.12.1. Não estão incluídos no conceito de Embolia Pulmonar ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP), para fins desta cobertura:

- a) Embolia gordurosa, embolia aérea e embolia por líquido amniótico;
- b) Embolia pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice decorrente de doenças preexistentes à contratação.

3.13. Esclerose Múltipla: doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses ou deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com um intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles, ou, ainda, um episódio, clinicamente documentado, com manifestações características no fluido cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética.

3.13.1. Não estão incluídos no conceito de Esclerose Múltipla, para fins desta cobertura:

- a) Doença na fase caracterizada por surtos de exacerbação-remissão sem sintomas.

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

3.14.1. Não estão incluídos no conceito de Doença (ou mal) de Parkinson, para fins desta cobertura:

- a) Doença ou Mal de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos;
- b) Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença ou Mal de Parkinson;
- c) Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;
- d) Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo.

3.15. Cirurgia de Válvula Cardíaca: realização de cirurgia cardíaca para substituição ou reparo de uma ou mais válvulas cardíacas (mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar). A definição abrange os seguintes procedimentos à tórax aberto e endovasculares:

- a) esternotomia total, esternotomia parcial, toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por catéter, implante

transcatéter de prótese valvar aórtica.

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

3.15.1. Não estão incluídos no conceito de Cirurgia de Válvula Cardíaca, para fins desta cobertura:

a) Clipagem da valva mitral transcatéter.

3.16. Queimaduras Graves: queimaduras de terceiro grau que atingem mais de 20% (vinte por cento) da superfície corporal, queimaduras de terceiro grau que atingem o períneo, queimaduras de terceiro grau que atingem mão ou pé ou face ou axila e queimaduras por corrente elétrica que leve a perda da função motora do segmento. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.

3.16.1. Não estão incluídos no conceito de Queimaduras Graves, para fins desta cobertura:

a) Queimaduras decorrentes de auto-agressão;

b) Queimaduras de primeiro e segundo grau.

3.17. Cirurgia da Aorta: realização de cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecação da aorta. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular da Aorta, estão cobertos nesta definição.

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

3.17.1. Não estão incluídos no conceito de Cirurgia da Aorta, para fins desta cobertura:

a) Cirurgia de qualquer ramo colateral da aorta torácica ou abdominal (incluindo enxertos de bypass aorto-femoral e aorto-ilíaco);

b) Cirurgia da aorta relacionada com as doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por ex. síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers–Danlos);

c) Cirurgia após lesão traumática da aorta.

3.18. Implante de Marcapasso Cardíaco: procedimento para colocação no coração de dispositivo gerador de estímulo elétrico quando o número de batimentos cardíacos em certo intervalo de tempo está abaixo do normal.

3.18.1. Não estão incluídos no conceito de Implante de Marcapasso Cardíaco, para fins desta cobertura:

a) Marcapasso cardíaco transitórios;

b) Procedimentos de Implante de Marcapasso Cardíaco anteriores a contratação do seguro ou ocasionadas por doença anterior a contratação do seguro.

3.19. Doença do Neurônio Motor: doença caracterizada por defeito na unidade motora do neurônio que afete ou os músculos ou nervos provocando sequelas neurológicas definitivas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista.

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

3.20.1. Não estão incluídos no conceito de Angioplastia Coronária, para fins desta cobertura:

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da

apólice, estão expressamente excluídos desta cobertura:

- a) Diagnósticos concedidos pelo próprio segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoas com laços de dependência econômica ou que resida com o segurado, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;
- b) Diagnóstico que não seja emitido por médico profissional habilitado;
- c) Doença Grave decorrente da tentativa de suicídio pelo Segurado ocorrida no prazo de 24 meses do início de vigência;
- d) Qualquer doença, sequela ou lesão preexistente e de conhecimento do segurado, porém não declarada no momento da contratação;
- e) Qualquer doença não prevista nesta cobertura e/ou que não se enquadre nos critérios definidos nestas condições para a caracterização da doença grave.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecido na apólice, vigente na data do diagnóstico realizado em vida pelo Segurado, obedecendo aos limites mínimos e máximos comercializados pela Seguradora.

5.2. Uma vez paga indenização, esta cobertura será rescindida por esgotamento do capital segurado, sendo que a Seguradora emitirá um endosso ao contrato de seguro, com a redução do valor do prêmio referente a esta cobertura.

6. CARÊNCIA

6.1. A carência será de 90 (noventa) dias ininterruptos, a serem contados a partir do início de vigência do seguro, no qual o Segurado não terá direito às coberturas garantidas por estas Condições Especiais, conforme especificado na apólice de seguro.

6.2. O início do prazo de carência se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de início de vigência do seguro.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 12** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 13** (Relação de Documentos Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Formulário de aviso de sinistro preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Formulário de declaração médica fornecido pela Seguradora atestando a Doença Grave, assinado pelo médico habilitado (carimbo de identificação e CRM);
- c) Cópias dos exames comprobatórios com seus respectivos laudos indicados na **Cláusula 3. Conceitos e Definições**.

7.2. O Grupo HDI Seguros está autorizado, em caso de dúvida fundada, a tomar todas as providências necessárias que vise a plena elucidação, para obter uma explicação completa sobre o evento ocorrido, podendo, inclusive, solicitar novos documentos que considerar necessários à comprovação do fato alegado, respeitado o disposto no **Cláusula 13**. das Condições Gerais.

8. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

8.1. Esta cobertura cessará automaticamente quando:

- a) ocorrer o cancelamento da apólice;
- b) do recebimento do pedido de cancelamento por escrito do Segurado;

- c) o(a) Segurado(a) completar 70 (setenta) anos de idade, sendo reduzido o valor do prêmio correspondente, de acordo com o estabelecido para esta cobertura, permanecendo em vigor a apólice, com as demais coberturas contratadas, se houver;
- d) ocorrer o esgotamento do capital segurado conforme cláusula 5.2 destas Condições Especiais;
- e) ocorrer a Morte do Segurado.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

10. REENQUADRAMENTO ANUAL DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

10.1. Anualmente, seja no aniversário da apólice (Apólice com vigência plurianual) ou nas Renovações* (Apólices com vigência anual e plurianual), ocorrerá um reajuste no prêmio do seguro em razão da mudança (aumento) da idade do segurado durante a vigência da apólice.

*Havendo possibilidade de renovação da apólice cujas regras estão previstas na cláusula 8. DA RENOVAÇÃO das Condições Gerais.

10.2. Esse acréscimo está indicado na coluna "fator de reajuste", na tabela abaixo, levando em conta a idade e sexo. Esse fator deve ser aplicado ao prêmio do seguro vigente, a partir do primeiro mês imediatamente subsequente ao do aniversário ou da renovação da apólice, conforme a fórmula de reenquadramento abaixo:

Novo Prêmio Com Reenquadramento = Prêmio de Doenças Graves Plano Master – 20 Tipos vigente X Fator de Reajuste Anual.

Tabela de Fatores de Reajustes Anuais:

IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE	IDADE (ANOS)	FATOR DE REAJUSTE
20	1,0030	45	1,0761
21	1,0028	46	1,0708
22	1,0509	47	1,0978
23	1,0484	48	1,0891
24	1,0462	49	1,0818
25	1,0443	50	1,0756
26	1,0423	51	1,0703
27	1,0318	52	1,0813
28	1,0309	53	1,0752
29	1,0299	54	1,3375
30	1,0291	55	1,0654
31	1,0282	56	1,0614
32	1,0866	57	1,0666
33	1,0798	58	1,0624
34	1,6108	59	1,0588

35	1,0688	60	1,0555
36	1,0643	61	1,0526
37	1,0789	62	1,0362
38	1,0731	63	1,0349
39	1,0682	64	1,0338
40	1,0638	65	1,0327
41	1,0599	66	1,0316
42	1,0987	67	1,0307
43	1,0898	68	1,0297
44	1,4432	69	1,0289

10.3. Fica certo e entendido que em hipótese alguma este seguro será considerado como "seguro vitalício", independentemente do período de vigência contratado e de quantas vezes o seguro for renovado.