

ÍNDICE

1. Características	1
2. Objetivo do Seguro.....	1
3. Definições.....	1
4. Coberturas do Seguro.....	6
5. Riscos Excluídos.....	8
6. Carência e Franquia.....	10
7. Contratação e Condições de Aceitação de Segurados.....	10
8. Vigência, Início de Vigência e Renovação do Seguro.....	12
9. Pagamento dos Prêmios.....	13
10. Período de Tolerância e Reabilitação da Cobertura do Seguro.....	14
11. Atualização Monetária.....	14
12. Reajuste do Prêmio por Idade.....	15
13. Alteração do Contrato de Seguro.....	15
14. Modificações de Riscos.....	15
15. Cancelamento do Contrato de Seguro.....	16
16. Perda do Direito ao Capital Segurado.....	17
17. Instituição e Mudança de Beneficiário.....	18
18. Ocorrência do Sinistro.....	19
19. Formas de Pagamento do Capital Segurado.....	20
20. Embargos e Sanções	21
21. Existência de Outros Seguros.....	22
22. Âmbito Territorial de Cobertura.....	22
23. Do Foro.....	22
24. Materiais de Divulgação.....	22
25. Disposições Finais.....	22
Condição Especial da Cobertura de Morte.....	23
Condição Especial da Cobertura de Morte Acidental.....	26
Condição Especial da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.....	28
Condição Especial da Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente Majorada	36
Condição Especial da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente	39
Condição Especial da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença	42
Condição Especial da Cobertura de Antecipação Especial por Doença.....	52
Condição Especial da Cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente	57
Condição Especial da Cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente	73
Condição Especial da Cobertura de Assistência Funeral	78
Condição Especial da Cobertura de Doenças Graves – Plano Básico.....	85
Condição Especial da Cobertura de Doenças Graves Mais – Plano Ampliado.....	93
Condição Especial da Cobertura de Diagnóstico de Câncer.....	103
Condição Especial da Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas	107
Condição Especial da Cobertura de Diária por Internação Hospitalar	110
Condição Especial da Cobertura de Cesta Básica	113

1. CARACTERÍSTICAS

- 1.1. A Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais, CNPJ nº 61.198.164/0001-60, doravante denominada Porto Seguro, instituí o presente Plano de Seguro de Pessoas Individual, estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, na modalidade de Benefício Definido, descrito nestas Condições Gerais e devidamente registrado na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, sob nº 15414.901355/2016-07.
- 1.2. Devido à natureza do Regime Financeiro de Repartição Simples, este seguro não permite a concessão de resgate, saldamento, seguro prolongado ou devolução de quaisquer Prêmios pagos, uma vez que cada Prêmio é destinado a custear o Risco de pagamento das indenizações no período de Cobertura.

2. OBJETIVO DO SEGURO

- 2.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um Capital Segurado ao próprio Segurado ou aos seus Beneficiários, na ocorrência de um dos Eventos Cobertos pelas garantias contratadas, exceto se decorrentes de Riscos Excluídos, respeitando-se os demais itens das Condições Gerais e Especiais.

3. DEFINIÇÕES

- 3.1. As definições a seguir aparecerão no texto destas Condições Gerais com iniciais em maiúscula, sendo que o masculino incluirá o feminino e o singular incluirá o plural e vice-versa.

Aceitação

Aprovação da Proposta submetida à Porto Seguro para a contratação do seguro.

Acidentes Pessoais

Para fins deste seguro, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte ou a Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado ou torne necessário tratamento médico.

a) Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal:

- i. Suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de pagamento do Capital Segurado, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- ii. Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- iii. Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- iv. Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros, dos quais o Segurado seja a vítima;

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

b) Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste Seguro:

- i. As doenças (incluídas as profissionais), moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- ii. As intercorrências ou complicações resultantes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes não cobertos;**
- iii. As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relações de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Lesões Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, os similares que venham a ser aceitos pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- iv. As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização da invalidéz por acidente pessoal, definida no item 1.1.**

Agravamento do Risco

Circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do Risco inicialmente assumido pela Seguradora.

Âmbito Geográfico

Termo que determina o território de abrangência de uma determinada Cobertura ou a extensão na qual o seguro ou a Cobertura é válida.

Apólice

Documento que formaliza o Contrato de Seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade Seguradora e do Segurado e discriminando as garantias contratadas.

Atividade Profissional

É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência, mediante remuneração.

Ato Ilícito

Ato Ilícito é todo e qualquer acontecimento da vida relevante para o mundo do Direito que dependa de vontade ou conduta humana e que seja reprimido por lei.

Auditoria Médica

É a avaliação feita por um médico da Seguradora a qual o Segurado se submete para fins de comprovação do Sinistro.

Aviso de Sinistro

Comunicação da ocorrência de um Sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

Beneficiário

É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais Segurados, na hipótese de ocorrência do Sinistro.

Cancelamento

Ato pelo qual a Apólice será cancelada antes da data prevista para término de sua vigência.

Capital Segurado

É o capital máximo a ser pago na ocorrência do Sinistro, ao Segurado ou Beneficiário do seguro, em função do valor estabelecido para cada Cobertura contratada, vigente na data do evento.

Carência

É o período durante o qual o Segurado não terá direito às Garantias deste seguro, período este que não poderá exceder metade do prazo de vigência.

Coberturas

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um Evento Coberto, observadas as condições e os limites contratados.

Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice e Declaração Pessoal de Saúde e Atividade.

Condições Especiais

Conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou Cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

Condições Gerais

Conjunto de cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou Coberturas contratuais de um plano de seguro, que estabelecem obrigações e direitos das partes contratantes.

Contrato de Seguro

Contrato que estabelece para uma das partes, mediante pagamento (Prêmio) pela outra parte, a obrigação de pagar, a esta, determinada importância, no caso de ocorrência de um Sinistro. É constituído de dois documentos principais, a saber, a proposta e a Apólice.

Na proposta, o candidato ao seguro fornece as informações necessárias para a avaliação do Risco, e, caso a Seguradora opte pela Aceitação do mesmo, é emitida a Apólice, formalizando o contrato.

Corretor de Seguros

É o intermediário legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Privado.

Curador

Pessoa encarregada judicialmente de administrar ou fiscalizar bens ou interesses de outra pessoa.

Doenças e/ou Lesões preexistentes

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, de conhecimento do Proponente e não declaradas na Proposta de Contratação.

Evento Coberto

É o acontecimento futuro e de data incerta, de natureza súbita involuntária e imprevisível, descrito nas garantias desta Condição Geral e ocorrido durante a Vigência do Seguro.

Final de Vigência

Data final para ocorrência de Riscos previstos em uma Apólice de seguro. O Final de Vigência do Seguro ocorrerá às 24 horas do dia anterior ao seu aniversário, respeitando-se a vigência contratada.

Franquia

É o período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização.

Foro

No Contrato de Seguro, refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do contrato.

Incapacidade Temporária

É a perda total, contínua e temporária da capacidade para a prática da Atividade Profissional, causada direta e exclusivamente por acidente ou doença.

Indenização

É o valor devido pela Seguradora ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um **Evento Coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.**

Início de Vigência

É a data a partir da qual as Coberturas de Risco serão garantidas pela Seguradora.

Limite de Diárias

É a quantidade máxima de diárias que o Segurado fará jus, a contar da data do afastamento de suas atividades profissionais, observados a Carência, Franquia e limites estabelecidos na Proposta de contratação e nas Condições Especiais da Cobertura de Diária por Incapacidade Temporária.

Limite Técnico

Valores máximos que a Seguradora assumirá, sob sua responsabilidade, em cada Seguro, sendo definido conforme a legislação vigente.

Liquidação de Sinistro

Pagamento da Indenização (ou reembolso) relativa a um Sinistro.

Má-Fé

Agir de modo contrário a lei ou ao direito, fazendo-o propositadamente.

Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, em linha reta ou na colateral, até terceiro grau, amigo íntimo, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Nota Técnica Atuarial

É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

NYHA

Tabela funcional da New York Hart Association que permite classificar a extensão da insuficiência cardíaca congestiva.

Prêmio

É a importância paga pelo Segurado à Seguradora para garantir o Risco contratado, desde que coberto.

Processo SUSEP

É o número de registro do produto a ser comercializado pela Seguradora na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

Proponente

É a pessoa física, que manifesta interesse em contratar as Coberturas do Seguro, mediante preenchimento e protocolo da Proposta de Contratação na Seguradora.

Proposta de Contratação

É o documento que contém a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas), manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais.

Regime Financeiro de Repartição Simples

Estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse mesmo período.

Renovação

O conjunto de normas e procedimentos a serem cumpridos, para que se efetive a continuidade do contrato.

Risco

Evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

Risco Coberto

Risco, previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a Indenização e/ou reembolso ao Segurado.

Riscos Excluídos

São aqueles Riscos não cobertos pelo Plano de Seguro, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais.

Segurado

É o Proponente que foi aceito e incluído no plano de seguro pela Seguradora.

Seguradora

É a pessoa jurídica legalmente constituída, que emite a Apólice e, após o recebimento do Prêmio, assume o Risco de pagar o Capital Segurado ao Beneficiário ou ao Segurado caso ocorra um dos Eventos Cobertos e predeterminados pelo Seguro.

Sequela

Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

Sinistro

Ocorrência do Risco Coberto, durante o período de Vigência do Seguro.

Vigência do Seguro

É o período contínuo de tempo fixado na Apólice durante o qual está em vigor o Contrato de Seguro.

4. COBERTURAS DO SEGURO

- 4.1.** As coberturas do seguro podem ser contratadas respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela Porto Seguro e estarão discriminadas na Proposta de Contratação preenchida pelo Segurado e na Apólice do Seguro emitida pela Porto Seguro.
- 4.2.** O objetivo de cada cobertura, riscos cobertos e riscos excluídos estão dispostos nas respectivas Condições Especiais.
- 4.3. As Coberturas passíveis de contratação são:**
- a) Morte;
 - b) Morte Acidental;
 - c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
 - d) Invalidez Permanente Total por Acidente;
 - e) Invalidez Permanente por Acidente Majorada;
 - f) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;
 - g) Antecipação Especial por Doença;
 - h) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas;

- i) Diárias por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente, com ou sem Franquia Reduzida para Acidente;
- j) Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente, com ou sem Franquia Reduzida para Acidente;
- k) Assistência Funeral (com plano individual ou Familiar);
- l) Doenças Graves – Plano Básico;
- m) Doenças Graves – Plano Ampliado;
- n) Diagnóstico de Câncer;
- o) Diária por Internação Hospitalar; e
- p) Cesta Básica.

4.4. Condições para a concessão das Coberturas do seguro:

- a) O pagamento do Capital Segurado pelas Coberturas de Morte e Antecipação Especial por Doença, quando contratadas, não se acumulam.
- b) Os Capitais Segurados por Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, quando contratadas, não se acumulam em consequência de um mesmo evento.
- c) Os Capitais Segurados por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, quando contratadas, não se acumulam em consequência de um mesmo evento.
- d) Nos casos em que houver o pagamento do Capital Segurado por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e o Segurado vir a falecer em consequência deste mesmo evento, será deduzido do Capital Segurado de Morte a importância já paga pela Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.
- e) Nos casos em que houver o pagamento do Capital Segurado por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e o Segurado vir a falecer em consequência deste mesmo evento, será deduzido do Capital Segurado de Morte Acidental a importância já paga pela Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.
- f) Em caso de contratação de Cobertura relacionada ao evento de doença grave ou diagnóstico de câncer, o Segurado deverá optar por apenas uma opção dentre os planos Doenças Graves Básico, Doenças Graves Ampliado ou Diagnóstico de Câncer.
- g) A Cobertura de Antecipação Especial por Doença e a Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença não poderão ser contratadas simultaneamente, o Segurado deverá optar por apenas uma opção dentre essas coberturas.
- h) Em caso de contratação de Cobertura relacionada ao funeral, o Segurado deverá optar por apenas uma opção dentre os planos Assistência Funeral Individual ou Assistência Funeral Familiar.
- i) Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente Majorada só pode ser concedida se a apólice também garantir a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

- j) Somente Sinistros decorrentes de acidentes estarão amparados pela Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Mesmo durante a Vigência do Seguro, a Porto Seguro não realizará o pagamento da Indenização ao Segurado ou Beneficiário, caso o Sinistro ocorra por consequência, direta ou indireta, de:

- a) Do uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, fissão ou fusão nuclear, radiação nuclear, lixo nuclear decorrente do uso de combustível nuclear, explosivos nucleares ou qualquer arma nuclear, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de terrorismo, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes;
- c) De doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;
- d) Epidemias e pandemias, desde que declaradas pelos órgãos competentes;
- e) Doação intervivos;
- f) Transplante intervivos, exceto nas situações passíveis de pagamento previstas na cobertura de Doenças Graves, quando contratada;
- g) Suicídio voluntário ou involuntário, premeditado ou não, ou a sua tentativa, caso ocorra dentro dos primeiros 24 meses de Vigência do Seguro, ou da solicitação de aumento de capital contratado ou ainda da sua recondução depois de suspenso.
- h) Competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios:
Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes, ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;
- i) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- j) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do Segurado provier de meio de transporte mais arriscado;

- k) Quaisquer consequências decorrentes de Atos Ilícitos praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante de um ou de outro.**
- l) Do Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.**

5.2. Estão Excluídos das Coberturas deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em consequência de Evento Coberto, decorrentes de:

- a) Danos morais e estéticos: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente Apólice as indenizações por DANOS MORAIS E ESTÉTICOS, decorrentes de qualquer Evento Coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.**

- i. Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando Sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética.**
- ii. Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que, mesmo sem ferir ou causar estragos ao patrimônio material de uma pessoa, ofenda seus princípios e valores de ordem moral, relacionados à sua honra, seus sentimentos a sua dignidade, como também de sua família.**

Quando proveniente de ação judicial, ficará à critério do juiz o reconhecimento da existência de tal dano, bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, que deverá ser direcionada contra o efetivo causador do dano.

- b) Danos materiais: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente Apólice as indenizações por DANOS MATERIAIS, decorrentes de qualquer Evento Coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.**

- i. Dano material é todo e qualquer dano que atinge diretamente o patrimônio das pessoas e pode ser configurado por uma despesa que foi gerada por uma ação ou omissão indevida de terceiros, caracterizando a necessidade de reparação material.**

- c) Lucros cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer Risco Coberto e indenizável.**

5.3. Não se consideram Riscos Excluídos, quando a Morte ou incapacidade do segurado, provier de eventos decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5.4. Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de Risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, situação em que este perderá o direito à Cobertura do seguro, conforme disposto no artigo 768 do Código Civil.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. É o período durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado não terá direito às Garantias deste seguro. Os prazos deverão constar na Proposta de Contratação preenchida pelo Segurado e na Apólice emitida pela Porto Seguro.

6.2. Quando houver Carência para a Cobertura, o período estipulado não poderá exceder metade do prazo de vigência da Proposta.

6.3. As Carências e/ou Franquias por Cobertura, quando houver, estão descritas nas respectivas Condições Especiais.

6.4. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos, contados da data de inclusão do segurado no seguro.

6.5. As Carências, quando houver, não se aplicam quando ocorrer a Renovação do seguro.

7. CONTRATAÇÃO E CONDIÇÃO DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

7.1. Considera-se contratado o seguro quando a Proposta de Contratação, contendo os elementos mínimos essenciais ao exame da Aceitação de Risco, devidamente preenchida e assinada pelo Proponente, for aceita pela Porto Seguro, momento em que esta emite a respectiva Apólice de seguro.

7.1.1. Considera-se parte integrante da Proposta de Contratação, a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade.

7.2. Condições de Aceitação de Segurados

7.2.1. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise de risco.

7.2.2. Para que haja a Aceitação dos Proponentes por parte da Porto Seguro será necessário o preenchimento obrigatório de todos os campos da Proposta de Contratação e as boas condições de saúde.

7.2.3. Para a contratação das Coberturas deste Seguro, o Proponente deverá respeitar a idade de aceitação apresentada na tabela abaixo no momento da contratação do Seguro:

Cobertura	Idade Mínima	Idade Máxima
Morte	16 anos	70 anos
Morte Acidental	16 anos	70 anos
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	16 anos	70 anos
Invalidez Permanente Total por Acidente	16 anos	70 anos
Invalidez Permanente por Acidente Majorada	16 anos	70 anos
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença	16 anos	64 anos
Antecipação Especial por Doença	16 anos	70 anos
Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas	16 anos	70 anos
Diárias por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente, com ou sem Franquia Reduzida para Acidente	18 anos	70 anos
Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente, com ou sem Franquia Reduzida para Acidente	18 anos	70 anos
Assistência Funeral	16 anos	70 anos
Doenças Graves – Plano Básico	16 anos	64 anos
Doenças Graves – Plano Ampliado	16 anos	64 anos
Diagnóstico de Câncer	16 anos	64 anos
Assistência Funeral	16 anos	70 anos
Diária por Internação Hospitalar	16 anos	70 anos
Cesta Básica	16 anos	70 anos

- 7.2.4.** Os Proponentes menores por ocasião do preenchimento da Proposta de Contratação serão representados ou assistidos pelos pais, tutores ou Curadores, observada a legislação vigente.
- 7.2.5.** A Aceitação ocorrerá no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação assinada pela Porto Seguro. Caso seja solicitado algum documento ou exame complementar, esse prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação na Porto Seguro. A solicitação de documentos complementares para análise da Aceitação do Risco ou da Aceitação da Proposta de Contratação poderá ser feita apenas uma vez durante o referido prazo.
- 7.2.6.** A Porto Seguro fornecerá ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta de Contratação por ela recepcionada.
- 7.2.7.** A inexistência de manifestação expressa da Porto Seguro dentro daquele prazo implicará na Aceitação automática do seguro.
- 7.2.8.** A Aceitação do Proponente no seguro será caracterizada pela emissão da apólice, em seu nome, com a indicação das Coberturas contratadas, do início e término de vigência, do período de Cobertura e das demais condições pertinentes ao seu seguro.
- 7.2.9.** **A não Aceitação da Proposta de Contratação será comunicada obrigatoriamente ao Proponente por escrito, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados do protocolo de recebimento na Porto Seguro, justificando o motivo da recusa.**

7.2.9.1. Em caso de recusa do Risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento deverá ser devolvido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Proponente, integralmente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a contar da recusa, sendo que em caso de mora da Porto Seguro será computado, além da correção monetária, juros de mora de 6% ao ano “pro rata tempore” correspondente ao número de dias decorridos a partir do 11º dia, incluindo este. Nesta situação, o proponente terá cobertura entre a data de recebimento do prêmio e a recusa formal da Porto Seguro.

8. VIGÊNCIA, INÍCIO DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1. Este seguro é por prazo determinado e terá vigência de no máximo 1 (um) ano, tendo a Porto Seguro a faculdade de não renovar a Apólice no término da respectiva vigência, sem a devolução dos Prêmio pagos, nos termos da Legislação e desta Condição Geral.

8.2. Início de Vigência

8.2.1. O início e término de Vigência do Seguro serão as 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na Proposta de Contratação e na Apólice.

8.2.2. Nos casos de recebimento da Proposta de Contratação **com** adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio, o Início de Vigência da Apólice será a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia da recepção da Proposta de Contratação pela Porto Seguro, ficando condicionada à compensação, caso o adiantamento de valor ocorra através de cheque e, caso não seja recusada pela Porto Seguro no prazo de 15 (quinze) dias, sendo que haverá Cobertura durante a análise do risco.

8.2.3. Nos casos de recebimento da Proposta de Contratação **sem** adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio, o Início de Vigência da Apólice será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de Aceitação da Proposta de Contratação pela Porto Seguro, ou em data posterior, desde que expressamente determinada na Proposta de Contratação.

8.3. Renovação do Seguro

8.3.1. A Renovação poderá ocorrer de forma automática uma única vez, nos termos da Lei.

8.3.2. As renovações do seguro, a partir da segunda, deverão ser feitas de forma expressa, servindo-se o Segurado de meio que demonstre sua vontade em renovar o Seguro.

8.3.3. A apólice será renovada, nos termos descritos nos itens acima, independentemente da idade do segurado.

8.3.4. Em cada Renovação será emitida uma Apólice, com a respectiva vigência, pela Porto Seguro, observado o disposto no item 8.3.2.

- 8.3.5.** Este Seguro não poderá ser renovado caso a Porto Seguro tenha suspenso a sua comercialização e/ou o produto tenha sido arquivado perante SUSEP, desde que seja dada ciência ao Segurado, até 60 (sessenta) dias antes de seu vencimento.
- 8.3.6.** A não renovação do seguro deverá ser comunicada, pela Porto Seguro ou pelo Segurado, pelo menos 60 (sessenta) dias antes do término da respectiva vigência.
- 8.3.7.** Caso o valor do Capital Segurado atinja o Limite Técnico que a Porto Seguro assumiu como de sua responsabilidade, o Seguro poderá não ser renovado.
- 8.3.7.1.** Para efeito de pagamento de Sinistro, na hipótese do Capital Segurado exceder o Limite Técnico da Porto Seguro, o Segurado não será penalizado.
- 8.3.8.** Quando contratada, não haverá renovação da cobertura de Doenças Graves – Plano Básico, Doenças Graves – Plano Ampliado ou Diagnóstico de Câncer, se na data da renovação da apólice, o segurado tiver 70 (setenta) anos, completados no decorrer da última vigência.
- 8.3.9. Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a Vigência do Seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência, se esta não for renovada.**

9. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

- 9.1.** O pagamento dos Prêmios é de responsabilidade do Responsável pelo Pagamento, a crédito em favor da Seguradora.
- 9.2.** O pagamento dos Prêmios será efetuado conforme opção indicada na Proposta de Contratação.
- 9.3.** O pagamento da primeira parcela do Prêmio dependerá da data da aceitação da Proposta.
- 9.3.1.** Os Prêmios relativos às demais parcelas serão pagos conforme opção feita na Proposta de Contratação, até a data do vencimento do respectivo documento de cobrança.
- 9.4.** O Prêmio correspondente a cada Segurado será fixado com base no respectivo Capital Segurado contratado e de acordo com a taxa do seguro, para a idade do segurado, estabelecida na Nota Técnica Atuarial do plano.
- 9.5.** O pagamento do Prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de Cobertura a que o pagamento se refere.
- 9.6.** Para garantir o direito à Cobertura, o Prêmio deverá ser pago até a data de vencimento, quando a data limite para pagamento dos Prêmios coincidirem com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do Prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil posterior ao vencimento em que houver expediente bancário.
- 9.7.** Os Prêmios em atraso serão acrescidos de juros de mora de 6% (seis por cento) ao ano, calculados com base no período compreendido entre a data limite para pagamento e a data do efetivo pagamento.

10. PERÍODO DE TOLERÂNCIA E REABILITAÇÃO DA COBERTURA DO SEGURO

- 10.1.** Quando o Prêmio do Seguro não for quitado até a data estabelecida para o pagamento, as Coberturas do Seguro permanecerão cobertas pelo período de tolerância de 90 (noventa) dias, nos termos da cláusula Formas de Pagamento do Capital Segurado desta Condição Geral.
- 10.1.1.** O Período de Tolerância é definido como o período de 90 (noventa) dias ininterruptos, a serem contados a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do primeiro Prêmio vencido e não pago, durante o qual o Segurado ainda fará jus às Coberturas contratadas.
- 10.2.** Durante este período, haverá Cobertura para eventuais Sinistros ocorridos, desde que respeitados os demais termos contratuais, com a consequente dedução do Prêmio devido, ficando facultado a Porto Seguro realizar a cobrança de juros.
- 10.3. Transcorrido o prazo de Tolerância, o seguro será cancelado sem que seja devido ao Segurado ou a seus Beneficiários a percepção proporcional de qualquer Indenização ou Prêmios pagos.**
- 10.4.** A qualquer momento antes do término do prazo de Tolerância, o Segurado poderá reabilitar as Coberturas de seguro, efetuando o pagamento dos Prêmios em atraso, acrescidos de juros conforme estabelecido nesta Condição Geral.
- 10.4.1.** A reabilitação do seguro se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado retomar o pagamento do Prêmio.

11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 11.1.** Os Capitais Segurados, bem como os Prêmios deste Seguro, serão atualizados anualmente, no aniversário da Apólice, com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), acumulada nos últimos 12 (doze) meses que antecedem o 4º (quarto) mês anterior ao aniversário do seguro.
- 11.1.1.** No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores definido no item anterior, a Porto Seguro adotará os procedimentos determinados pela legislação pertinente ou pelos órgãos públicos competentes.
- 11.2.** Quando a periodicidade de pagamento do Prêmio for anual, os capitais segurados deverão ser atualizados pelo índice pactuado nesta Condição Geral, desde a data da última atualização do Prêmio.

12. REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE

- 12.1.** O Prêmio estipulado na data de Início de Vigência do Seguro será aquele estabelecido na Proposta de Contratação, sujeito as alterações decorrentes da mudança de idade de cada Segurado.

- 12.2. O Prêmio sofrerá acréscimo, anualmente, em decorrência da mudança de idade do Segurado e conseqüente aumento de Risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do seguro, na forma da lei.
- 12.3. Os Prêmios do seguro sofrerão alteração, anualmente, pela atualização monetária e pela alteração da idade do Segurado.
- 12.4. O percentual de reenquadramento em decorrência da mudança de idade do Segurado está descrito nas Condições Especiais de cada Cobertura, quando for o caso.

13. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

- 13.1. Qualquer alteração neste contrato somente terá validade se for feita por meio de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a Aceitação do seguro.
- 13.2. O Segurado poderá solicitar, a qualquer momento, desde que o Seguro esteja vigente e com os Prêmios pagos em dia, a alteração do Capital Segurado, por meio de formulário apropriado, respeitando as regras de contratação e os valores mínimos e máximos de Capital Segurado e de Prêmio estabelecidos pela Seguradora.
 - 13.2.1. A alteração de Capital Segurado permitirá a revisão dos demais Capitais Segurados de forma que sejam respeitadas as regras de contratação, os valores mínimos e máximos de Capital Segurado e de Prêmio estabelecidos pela Seguradora.
 - 13.2.2. A alteração de capital somente produzirá efeito a partir da respectiva aceitação, formalizada pela Seguradora com emissão do endosso da Apólice.
 - 13.2.3. Caberá ao Segurado solicitar a Porto Seguro, por escrito e em comum acordo, o aumento do Capital Segurado, que se submeterá novamente às regras de análise e Aceitação do Risco.

14. MODIFICAÇÕES DE RISCO

- 14.1. **Quaisquer alterações ocorridas durante a vigência da Apólice que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza dos Riscos Cobertos deverão ser comunicadas à Porto Seguro para que se façam os devidos ajustes.**
- 14.2. Consideram-se alterações de risco, entre outras, as seguintes ocorrências:
 - a) Mudança de profissão do Segurado;
 - b) Mudança de residência do Segurado para outro país;
 - c) Prática de esportes (profissional ou amador) tais como (mas não se limitando a estes): balonismo, asa-delta, voo-livre, paraquedismo, hipismo, mergulho com equipamentos de ar comprimido, esqui-aquático e na neve, motociclismo, automobilismo, boxe, lutas-livres, artes marciais e demais esportes considerados de alto Risco;
 - d) O hábito de fumar.

- 14.3. Conforme previsto no artigo 768 do Código Civil, caso o Segurado agrave intencionalmente o seu risco coberto pelo Seguro, perderá o direito ao benefício.**
- 14.4. O Segurado está obrigado a comunicar à Porto Seguro, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o Risco Coberto, sob pena de perder direito à Cobertura, caso fique comprovado que silenciou por Má-Fé.**
- 14.5. Tal comunicação será submetida novamente à análise de Aceitação do Risco.
- 14.6. Poderá a Porto Seguro, dentro dos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do Risco, dar ciência, por escrito, da decisão de cancelar a Cobertura contratada ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.
- 14.7. O Cancelamento do seguro em razão da situação descrita no subitem anterior só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao Segurado, devendo ser restituída a diferença do Prêmio calculada proporcionalmente ao período a decorrer.**
- 14.8. A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento de Risco implicará na perda ao direito do Capital Segurado contratado, conforme previsto no artigo 769 do Código Civil que dispõe sobre o dever do Segurado comunicar à Porto Seguro todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o Risco.**
- 14.9. Doenças desenvolvidas e/ou descobertas após início da vigência do seguro não será motivo de nova análise de risco e, portanto, não há necessidade de serem comunicadas à Porto Seguro.**

15. CANCELAMENTO DO CONTRATO DE SEGURO

- 15.1. Caso não seja efetuado o pagamento dos Prêmios depois de decorrido o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da primeira inadimplência, o Seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, não cabendo qualquer restituição de Prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.
 - 15.1.1. Nesse caso, a Porto Seguro poderá reter o Prêmio recebido e os emolumentos, proporcional ao tempo decorrido.
 - 15.1.2. Todavia, transcorrido o período de tolerância sem pagamento dos Prêmios, o seguro será cancelado por motivo de inadimplência, ficando a Porto Seguro isenta de qualquer responsabilidade quanto aos eventuais Sinistros ocorridos a partir de então.
- 15.2. O presente Seguro se extingue com o pagamento da Cobertura por Morte, Morte Acidental ou da Cobertura por Antecipação Especial por Doença, quando contratadas.
- 15.3. A Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, quando contratada, se extingue com o pagamento da Cobertura pela Invalidez Total do Segurado.
- 15.4. A Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, quando contratada, se extingue com o pagamento da Cobertura.

15.5. Fica cancelada a Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente ou a Cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente, quando contratadas, a partir da data em que o Segurado estiver total e permanentemente inválido, devidamente comprovado por laudo médico, deixando de ser cobrado, a partir de então, o Prêmio relativo a tal Cobertura.

15.6. A cobertura de Doenças Graves – Plano Básico, Doenças Graves – Plano Ampliado ou Diagnóstico de Câncer, quando contratadas, se extinguem com o pagamento do Capital Segurado conforme descrito nas Condições Especiais das Coberturas.

15.7. Extingue-se ainda o seguro

15.7.1. Sem restituição dos Prêmios:

- a) No final do prazo de vigência, se este não for renovado;**
- b) Por solicitação expressa do Segurado, sem parcelas futuras pagas;**
- c) Por mútuo consentimento das partes contratantes.**

15.7.2. Com restituição dos Prêmios:

a) Por solicitação do segurado, com parcelas futuras pagas.

Neste caso, os valores devidos a título de devolução do prêmio sujeitam-se à atualização monetária pelo IPCA/IBGE a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento do seguro pelo segurado. Caso não ocorra a devolução do prêmio no prazo máximo de 10 dias corridos a contar destas datas, implicará na aplicação de juros de mora de 12% ao ano, a partir do 11º dia, sem prejuízo da sua atualização.

15.8. Fica ainda a Porto Seguro isenta de qualquer responsabilidade e o contrato automaticamente cancelado, se o Segurado, seus Prepostos ou Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação, bem como qualquer conduta que tenha, por fim, a obtenção de vantagem indevida quando da contratação do seguro, durante o período de vigência e na liquidação de eventual Sinistro.

16. PERDA DO DIREITO AO CAPITAL SEGURADO

16.1. O Segurado perderá o direito ao Capital Segurado quando:

- a) Agravar intencionalmente o Risco;**
- b) O Segurado, seu Representante ou seu Corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na Aceitação da Proposta de Contratação ou no valor do Prêmio. Neste caso, ficarão obrigados ao pagamento do Prêmio vencido;**
- c) Praticar fraude ou tentativa de fraude com o intuito de simular sinistro ou agravar suas consequências; e**
- d) Na inobservância do item ‘Modificações de Risco’, desta Condição Geral, por parte do Segurado.**

16.2. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de Má-Fé do Segurado, a Porto Seguro poderá:

- a) **Na hipótese de não ocorrência de Sinistro:**
 - a. **Cancelar o seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
 - b. **Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a Cobertura contratada.**
- b) **Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:**
 - a. **Cancelar o seguro, após pagamento do Capital Segurado, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
 - b. **Permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a Cobertura contratada para Riscos futuros.**
- c) **Na hipótese de ocorrência do Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado:**
 - a. **O seguro será cancelado, após o pagamento deste valor, deduzindo do valor do Capital Segurado a diferença de Prêmio cabível.**

17. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

- 17.1. Cabe exclusivamente ao Segurado nomear, excluir ou substituir seus Beneficiários, por meio de documento escrito.
- 17.2. O Segurado poderá substituir seus Beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso prévio e escrito à Porto Seguro, sendo certo que nenhuma alteração de Beneficiários terá validade se tais regras não forem observadas.
 - 17.2.1. Se a Porto Seguro não for informada oportunamente da substituição de Beneficiários, desobrigar-se-á, pagando o Capital Segurado aos antigos Beneficiários designados.
 - 17.2.2. Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a Cobertura de alguma obrigação, é lícita a substituição do Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.
- 17.3. Quando for designado mais de um Beneficiário, o Segurado deverá indicar o percentual da Indenização destinado a cada um deles. Na ausência de distribuição, o pagamento da Indenização será realizado de forma proporcional ao número de Beneficiários.
- 17.4. Caso um ou mais Beneficiários venham a falecer antes do Segurado, o Capital Segurado será redistribuído entre os remanescentes em partes proporcionais, observando o percentual indicado de participação de cada um.
- 17.5. Na falta de indicação do Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado

judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de sucessores legítimos, observada a legislação vigente.

- 17.5.1. Na falta das pessoas indicadas no item anterior, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 17.6. É válida a instituição do Companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 17.7. No caso das Coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez por Acidente Majorada, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Diária por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente, Diária por Incapacidade Temporária por Acidente, Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, Doenças Graves (Plano Básico ou Ampliado) e Diagnóstico de Câncer o próprio Segurado será o Beneficiário.

18. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 18.1. O Segurado ou seus Beneficiários deverão comunicar a ocorrência do Sinistro imediatamente à Porto Seguro, por meio do formulário “Aviso de Sinistro”, carta registrada ou telegrama para avaliação do pagamento do Capital Segurado, conforme Coberturas contratadas.
 - 18.1.1. Quando o Sinistro for comunicado por carta ou telegrama, deverá constar data, hora, local e causa do Sinistro, situação esta que não exonera o Segurado, seu Representante ou seus Beneficiários, da obrigação de apresentar o formulário “Aviso de Sinistro”.
- 18.2. Considera-se como data do evento para a liquidação do Sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado para cada Cobertura, quando contratada:
 - a) Morte - a data do falecimento do Segurado;
 - b) Morte Acidental - a data do Acidente;
 - c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - a data do Acidente;
 - d) Invalidez Permanente Total por Acidente - a data do Acidente;
 - e) Invalidez Permanente por Acidente Majorada - a data do Acidente;
 - f) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - a data da invalidez funcional permanente e total indicada na declaração médica.
 - g) Antecipação Especial por Doença – a data da declaração médica do diagnóstico;
 - h) Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas - a data do Acidente;
 - i) Diárias por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente- data da declaração médica do diagnóstico da incapacidade;
 - j) Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente - a data do Acidente;
 - k) Assistência Funeral - a data do falecimento do Segurado;
 - l) Doenças Graves – Plano Básico - data da declaração médica do diagnóstico;
 - m) Doenças Graves – Plano Ampliado - data da declaração médica do diagnóstico;
 - n) Diagnóstico de Câncer - data da declaração médica do diagnóstico;
 - o) Diária por Internação Hospitalar - a data do Acidente;
 - p) Cesta Básica – a data do falecimento do Segurado.
- 18.3. Fica estabelecido que os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

18.4. O Aviso de Sinistro deverá ser acompanhado, conforme a natureza do evento, dos documentos básicos relacionados nas Condições Especiais de cada cobertura.

18.5. Após a entrega de toda documentação básica exigida pela Porto Seguro, o prazo máximo para a liquidação do Sinistro será de 30 (trinta) dias.

18.6. Junta Médica

18.6.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como dúvida quanto ao correto enquadramento do Risco Coberto, a Porto Seguro proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica

18.6.2. A junta médica será constituída por 3 (três) profissionais habilitados na sua especialização, sendo um nomeado pela Porto Seguro, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Porto Seguro.

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

18.7. Nos casos de Cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução serão de responsabilidade da Porto Seguro.

19. FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

19.1. O Capital Segurado será em moeda corrente nacional.

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

19.3. Para recebimento do Capital Segurado deverá ser comprovada a ocorrência do Sinistro avisado, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultada à Porto Seguro quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos relatados no Aviso de Sinistro.

19.4. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Porto Seguro.

19.5. O Capital Segurado da Cobertura de Morte e Morte Acidental poderá ser pago de forma integral, quando contratadas.

19.6. A Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, quando contratada, poderá ser paga de forma integral ou proporcional, dependendo do grau da lesão

apurada, conforme tabela para cômputo de invalidez prevista nas Condições Especiais da cobertura.

- 19.7.** O pagamento da Cobertura de Assistência Funeral, quando contratada, não obriga a Porto Seguro a garantir o pagamento das demais Coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.
- 19.8.** Se o pagamento do Capital Segurado ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do Sinistro, contados da entrega de toda documentação constantes no item 'Ocorrência de Sinistro' desta Condição Geral, aplicar-se-á, desde a data do evento, correção monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pela variação positiva do IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), considerando-se a variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado anteriormente à data de sua efetiva liquidação, mais juros de mora de 6% (seis por cento) ao ano.

20. EMBARGOS E SANÇÕES

20.1. Fica entendido e acordado que respeitando-se todo o conteúdo das Condições Gerais, Condições Especiais, Coberturas Adicionais, Cláusulas Específicas e Cláusulas Particulares do presente contrato de seguro, ficam estabelecidos critérios e procedimentos em relação a situações de suspensão de cobertura no pagamento de indenizações ou restituições devidas pela Seguradora nas quais o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) ou país (es), estiver(em) inserido(s) em listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate à lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) às sanções previstas na legislação Brasileira ou Internacional, conforme descrito nas listas de embargos e sanções, não se limitando a estas:

- a) Organização das Nações Unidas - ONU: <https://nacoesunidas.org/conheca/>
- b) Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>
- c) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>
- d) Gafi – Grupo de Ação Financeira contra Lavagem de Dinheiro e financiamento de Terrorismo: <http://www.fazenda.gov.br/assuntos/prevencao-lavagem-dinheiro/alertas-pld-ft>

20.1.1. As listas acima poderão sofrer atualizações de acordo com seus Órgãos Reguladores.

20.2. Havendo, em meio a vigência da apólice, a inclusão do segurado, de seus beneficiários de indenização ou país(es), nas listas de embargos e Sanções, as coberturas deste seguro, bem como quaisquer indenizações estarão suspensas pelo período em que o segurado, seus beneficiários ou país (es), estiverem incluídos em Listas de Sanções e embargos, desde às 24 horas do dia da inclusão até às 24 horas do dia da exclusão ou eventual solução judicial.

20.3. Ratificam-se os demais Termos, Cláusulas e Condições não modificados por esta Cláusula.

21. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS

21.1. O Segurado se obriga a declarar na Proposta de Contratação, no ato da contratação ou quando solicitar o aumento do Capital Segurado, a existência de quaisquer outros seguros de vida.

22. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

22.1. O seguro dará Cobertura, para eventos cobertos, ocorridos por todo o Globo Terrestre.

23. DO FORO

23.1. As questões judiciais, entre Segurado ou Beneficiário e a Porto Seguro, serão processadas no Foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

24. MATERIAIS DE DIVULGAÇÃO

24.1. As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais, as Condições Especiais e a Nota Técnica Atuarial submetidos à SUSEP.

25. DISPOSIÇÕES FINAIS

25.1. A Aceitação do seguro estará sujeita à análise do Risco.

25.2. Este seguro é por prazo determinado tendo a Porto Seguro a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

25.3. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

25.4. Não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado.

25.5. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número do seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

25.6. Os tributos decorrentes do presente Contrato de Seguro serão pagos por quem a Lei determinar.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado, relativo à morte do Segurado, aos Beneficiários indicados na Proposta de Contratação.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Desde que contratada, a cobertura cobre a morte do Segurado desde que a morte tenha ocorrido dentro do período de Vigência do Seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **Não está coberta a morte do Segurado se esta for decorrente de eventos mencionados no item, 'Riscos Excluídos', ou no item, 'Perda de Direito ao Capital Segurado', da Condição Geral do seguro.**

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 5.1. Não haverá carência ou franquia para esta Cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura, quando contratada, será expresso na Apólice.
- 6.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.
- 6.3. Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

7. REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE

- 7.1. O Prêmio mensal estipulado na data de Início de Vigência do Seguro será aquele estabelecido na Proposta de Contratação, sujeito as alterações decorrentes da mudança de idade do Segurado.
- 7.2. O Prêmio da Cobertura sofrerá acréscimo, anualmente, em decorrência da mudança de idade do Segurado, conforme tabela a seguir:

Reenquadramento Tarifário % Anual			
Idade	Cobertura de MORTE	Idade	Cobertura de MORTE
17 anos	2,69%	44 anos	12,88%
18 anos	3,06%	45 anos	12,68%
19 anos	3,39%	46 anos	12,26%
20 anos	3,48%	47 anos	11,73%
21 anos	3,96%	48 anos	11,10%
22 anos	4,00%	49 anos	10,50%
23 anos	4,40%	50 anos	9,83%
24 anos	4,56%	51 anos	9,22%
25 anos	4,36%	52 anos	8,60%
26 anos	4,50%	53 anos	8,02%
27 anos	4,15%	54 anos	7,56%
28 anos	3,99%	55 anos	7,21%
29 anos	3,84%	56 anos	6,92%
30 anos	3,83%	57 anos	6,71%
31 anos	3,56%	58 anos	6,59%
32 anos	3,56%	59 anos	6,75%
33 anos	3,56%	60 anos	7,14%
34 anos	3,91%	61 anos	7,74%
35 anos	4,68%	62 anos	8,43%
36 anos	5,56%	63 anos	9,14%
37 anos	6,61%	64 anos	9,73%
38 anos	7,95%	65 anos	10,18%
39 anos	9,16%	66 anos	10,49%
40 anos	10,28%	67 anos	10,69%
41 anos	11,26%	68 anos	10,80%
42 anos	12,13%	69 anos	10,81%
43 anos	12,73%	70 anos	10,75%

- 7.3.** Após o Segurado completar 71 (setenta e um) anos de idade, o percentual de reajuste será fixado em 9% (nove por cento) ao ano.
- 7.4.** Os Prêmios do seguro para esta cobertura sofrerão alteração, anualmente, pela atualização monetária do capital conforme definido nas Condições Gerais e pela alteração da idade do Segurado.
- 8. CANCELAMENTO DA COBERTURA**
- 8.1.** Após o pagamento de indenização por morte, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.
- 8.2.** Extingue-se ainda a cobertura:

- a) No final do prazo de vigência, se esta não for renovada, sem restituição dos Prêmios correspondentes ao prazo decorrido;
- b) Por solicitação expressa do Segurado, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice;
- c) Por mútuo consentimento das partes contratantes, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

9.1. Para o pagamento da indenização da cobertura de Morte, quando houver indicação expressa de beneficiários, os documentos básicos necessários são:

- a) Aviso de Sinistro preenchido pelo Beneficiário;
- b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente do falecido, com firma reconhecida;
- c) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- d) Certidão de casamento (com data atualizada, ou seja, extraída após o óbito) + RG e CPF e comprovante de residência do falecido (cópia simples);
- e) Caso o Segurado tenha companheira (o) reconhecida (o) no órgão previdenciário, deverá ser enviado o respectivo documento que comprove tal vínculo marital, e/ou Escritura Pública de Declaração informando quanto tempo o companheiro (a) conviveu maritalmente com o Segurado e se essa união perdurou até o falecimento deste;
- f) Certidão de nascimento (se menor), RG, CPF e Comprovante de Residência do (s) Beneficiário(s) (cópia simples). Em se tratando de Beneficiário (s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessário cópia simples do CPF;
- g) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento;
- h) Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais.

9.1.1. Quando não houver indicação expressa de beneficiários, será necessário, além dos documentos acima mencionados, a complementação dos seguintes documentos:

- a) Declaração de únicos herdeiros, com reconhecimento de firma dos declarantes.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado, relativo à morte acidental do Segurado, aos Beneficiários indicados na Proposta de Contratação.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Desde que contratada, a cobertura cobre a Morte acidental do Segurado desde que a morte tenha ocorrido em decorrência de acidente coberto e dentro do período de Vigência do Seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **Não está coberta a Morte acidental do Segurado se esta for decorrente de eventos mencionados no item, 'Riscos Excluídos', ou no item, 'Perda de Direito ao Capital Segurado', da Condição Geral do seguro.**
- 4.2. **Não será considerada Morte Acidental e, portanto, não estará coberta por esta cobertura, a morte por causa indeterminada ou desconhecida.**

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 5.1. Não haverá carência ou franquia para esta Cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura, quando contratada, será expresso na Apólice.
- 6.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.
- 6.3. Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

7. REAJUSTE POR IDADE

- 7.1. Não haverá alteração de prêmio em decorrência da mudança de idade do Segurado para esta Cobertura.
- 7.2. Os Prêmios do seguro para esta cobertura sofrerão alteração, anualmente, pela atualização monetária do capital conforme definido nas Condições Gerais do seguro.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 8.1. Após o pagamento de indenização por morte acidental, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

8.2. Extingue-se ainda a cobertura:

- a) No final do prazo de vigência, se esta não for renovada, sem restituição dos Prêmios correspondentes ao prazo decorrido;
- b) Por solicitação expressa do Segurado, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice;
- c) Por mútuo consentimento das partes contratantes, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

9.1. Para o pagamento da indenização da cobertura de Morte Acidental, quando houver indicação expressa de beneficiários, os documentos básicos necessários são:

- a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo Beneficiário.
- b) Certidão de Óbito (cópia autenticada).
- c) Certidão de casamento (com data atualizada, ou seja, extraída após o óbito), RG, CPF e comprovante de residência do falecido (cópia simples).
- d) Caso o Segurado tenha companheira (o) reconhecida (o) no órgão previdenciário, deverá ser enviado o respectivo documento que comprove tal vínculo marital, e/ou Escritura Pública de Declaração informando quanto tempo o companheiro (a) conviveu maritalmente com o Segurado e se essa união perdurou até o falecimento deste.
- e) Certidão de Nascimento (se menor), RG, CPF e Comprovante de Residência do (s) Beneficiário (s) (cópia simples). Em se tratando de Beneficiário (s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessária cópia simples do CPF.
- f) Boletim de Ocorrência Policial (cópia autenticada).
- g) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML (cópia autenticada).
- h) Carteira Nacional de Habilitação do falecido se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo (cópia simples).
- i) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento.
- j) Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais.

9.1.1. Quando não houver indicação expressa de beneficiários, será necessário, além dos documentos acima mencionados, a complementação dos seguintes documentos:

- a) Declaração de únicos herdeiros, com reconhecimento de firma dos declarantes.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado ao próprio Segurado, relativo à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, conforme tabela de Invalidez Permanente Total ou Parcial constante nesta Condição Especial, causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da apólice.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Desde que contratada, a Cobertura cobre a Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado causada por acidente pessoal coberto, desde que esteja terminado o tratamento e esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e, quando da alta médica definitiva, a invalidez permanente esteja avaliada e constatada.
- 3.2. A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e por exames compatíveis com a situação, que demonstrem alterações traumáticas com o nexo causal acidental.
- 3.3. A Porto Seguro reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.
- 3.4. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura**
- 3.5. O pagamento do Capital Segurado corresponderá aos percentuais descritos na tabela a seguir, de acordo com grau de invalidez permanente, sendo esse percentual aplicado sobre o Capital Segurado da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

Tabela de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

DISCRIMINAÇÃO	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSAS	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Fratura não-consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membro 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-úlnares	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 MEMBROS INFERIORES	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbios-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 uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	06
- menos de 3 (três) centímetros	sem indenização

Perda do uso de Membros sem Perda Anatômica
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprio da tabela.

DIVERSOS	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
- Em grau mínimo	10
- Em grau médio	15
- Em grau máximo	20
NARIZ	
Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
Perda total do olfato	7
Perda do olfato com alterações gustativas	10

DIVERSOS	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
Diplopia	15
Lesões das vias lacrimais:	
- Unilateral	7
- Unilateral com fistulas	15
- Bilateral	14
- Bilateral com fistulas	25
Lesões da pálpebra:	
- Ectrópio unilateral	3
- Ectrópio bilateral	6
- Entrópio unilateral	7
- Entrópio bilateral	14
- Má oclusão palpebral unilateral	3
- Má oclusão palpebral bilateral	6
- Ptose palpebral unilateral	5
- Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial (menos de 50%)	15
Parcial (mais de 50%)	30
SISTEMA AUDITIVO	
Amputação total de uma orelha	8
Amputação total das duas orelhas	16
BAÇO	
Perda do Baço	15
APARELHO URINÁRIO	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
Cistostomia (definitiva)	30
Incontinência urinária permanente	30
PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
Com função renal preservada	30
Redução da função renal (não dialítica)	50
Redução da função renal (dialítica)	75
Perda de rim único	75

DIVERSOS	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	20
Amputação traumática do pênis	50
Perda de um ovário	10
Perda de dois ovários	20
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Traqueostomia definitiva	40
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
- Com função respiratória preservada	15
- Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
- Com redução em grau médio da função respiratória	50
- Com insuficiência respiratória	75
MAMAS (FEMININAS)	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (ORGÃO E VÍCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total ou definitiva	40
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10

DIVERSOS	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
FÍGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
Extirpação da vesícula biliar	7
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	5

3.6. IMPORTANTE:

- i. A reintegração do Capital Segurado é automática após cada acidente, sem a cobrança de Prêmio adicional, desde que a invalidez seja parcial.
- ii. Não estando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o Capital Segurado por perda parcial é calculado pela aplicação, à percentagem prevista na tabela supracitada, para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- iii. Na falta de indicação do percentual de redução das lesões definidas na tabela acima, informando-se apenas o grau dessa redução como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) sobre o percentual máximo de indenização correspondente à lesão indicada na referida tabela

Em todos os casos de lesões incapacitantes permanentes, inclusive aquelas que não estejam especificadas na tabela, a indenização será estabelecida de acordo com a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

- iv. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, o Capital Segurado será calculado somando-se os respectivos percentuais, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado previsto para essa Cobertura. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma dos percentuais correspondentes não poderá exceder ao Capital Segurado previsto para sua perda total.
- v. A perda ou agravo da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do Capital Segurado, salvo quando previamente declarado pelo Segurado na contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau da invalidez definitiva o grau da invalidez preexistente devidamente comprovada por laudo médico e resultados de exames que demonstrem a perda funcional atestando o grau da preexistência.

vi. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito ao Capital Segurado desta Cobertura.

vii. A indenização respeitará o percentual de lesão indicado na tabela, independentemente de o segurado estar inteiramente inválido para as atividades laborais habituais, de poder ou não ser reabilitado em outra atividade ou, ainda, de estar (ou vir a ser) aposentado pelo INSS.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Não está coberto a Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado se esta for decorrente de eventos mencionados no item “Riscos Excluídos” ou no item “Perda de Direito ao Capital Segurado”, da Condição Geral do seguro.

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

5.1. Não haverá carência ou franquia para esta Cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura, quando contratada, será expresso na Apólice.

6.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6.3. Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6.4. Se, depois de pagar a indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado da garantia por morte acidental, quando contratada.

6.5. O capital segurado das coberturas de morte acidental e invalidez permanente total por acidente, quando contratadas, não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

7. REAJUSTE POR IDADE

7.1. Não haverá alteração de prêmio em decorrência da mudança de idade do Segurado para esta Cobertura.

7.2. Os Prêmios do seguro para esta cobertura sofrerão alteração, anualmente, pela atualização monetária do capital conforme definido nas Condições Gerais do seguro.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Após o pagamento de indenização por Invalidez Total por Acidente, ficará a presente cobertura cancelada e sem mais nenhum efeito.

8.2. Extingue-se ainda a cobertura:

- a) No final do prazo de vigência, se esta não for renovada, sem restituição dos Prêmios correspondentes ao prazo decorrido;
- b) Por solicitação expressa do Segurado, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice;
- c) Por mútuo consentimento das partes contratantes, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

9.1. Para o pagamento da indenização da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, os documentos básicos necessários são:

- a) Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado;
- b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente, com firma reconhecida;
- c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples).
- d) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso (cópia simples).
- e) Atestado de Alta Médica definitiva, informando as Sequelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membros lesados, inclusive o percentual (original);
- f) Resultados de todos os exames realizados pelo Segurado em que sejam demonstradas as lesões de origem traumática;
- g) Boletim de Ocorrência Policial se for o caso (cópia simples).
- h) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo (cópia autenticada);
- i) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento.
- j) Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA POR INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura tem por objetivo consistir a possibilidade do Segurado majorar os percentuais do Capital Segurado da Cobertura de Invalidez Parcial por Acidente constante na tabela para cômputo de invalidez supracitada, de alguns membros ou órgãos, para 100% (cem por cento).

1.1.1. Esta cobertura só poderá ser contratada se a apólice também garantir a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

2. DEFINIÇÕES

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Desde que contratada, a cobertura cobre a Invalidez Permanente por Acidente Majorada em caso de lesão nos órgãos ou membros relacionados no item 3.1.1, a seguir, decorrente de acidente coberto e que ocasione Invalidez Parcial. O Segurado receberá 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

3.1.1. São membros passíveis de majoração:

- a) Perda total da visão do uso de um olho;
- b) Perda total do uso de um dos indicadores;
- c) Perda total de um dos polegares, ao nível do metacarpiano; e
- d) Anquilose total de um dos cotovelos.

3.1.2. IMPORTANTE:

- i. O pagamento será realizado após conclusão do tratamento ou esgotado os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, constatada e avaliada a Invalidez Permanente quando da alta médica definitiva em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto.**
- ii. Esta Cobertura se extingue com o pagamento do Capital Segurado de, pelo menos, um dos membros passíveis de majoração, permanecendo inalteradas as demais Coberturas contratadas na Apólice.**
- iii. A constatação da Invalidez Permanente por Acidente Majorada se fará através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialização da lesão.**

- iv. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **Não está coberto a Invalidez Permanente Total Majorada do Segurado de órgãos ou membros não relacionados no item 3.1.1 desta Condição Especial ou se a invalidez for decorrente de eventos mencionados no item, 'Riscos Excluídos', ou no item, 'Perda de Direito ao Capital Segurado', da Condição Geral do seguro.**

5. CARÊNCIA OU FRANQUIA

- 5.1. Não haverá carência ou franquia para esta cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura, quando contratada, será exposto na Apólice.
- 6.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.
- 6.3. Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.
- 6.4. Se, depois de pagar a indenização por invalidez permanente por acidente majorada, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente por acidente majorada será deduzida do valor do capital segurado da garantia por morte acidental.
- 6.5. O capital segurado das coberturas de morte acidental e invalidez permanente total por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

7. REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE

- 7.1. Não haverá alteração de prêmio em decorrência da mudança de idade do Segurado para esta Cobertura.
- 7.2. Os Prêmios do seguro para esta cobertura sofrerão alteração, anualmente, pela atualização monetária do capital conforme definido nas Condições Gerais do seguro.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 8.1. Após o pagamento de indenização por Invalidez por Acidente Majorada, ficará a presente cobertura cancelada.
- 8.2. Extingue-se ainda a cobertura:

- a) No final do prazo de vigência, se esta não for renovada, sem restituição dos Prêmios correspondentes ao prazo decorrido;

- b) Por solicitação expressa do Segurado, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice;
- c) Por mútuo consentimento das partes contratantes, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

9.1. Para o pagamento da indenização da cobertura de Invalidez Permanente por Acidente Majorada, os documentos básicos necessários são:

- a) Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado;
- b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente, com firma reconhecida;
- c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples).
- d) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso (cópia simples).
- e) Atestado de Alta Médica definitiva, informando as Sequelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membros lesados, inclusive o percentual (original);
- f) Resultados de todos os exames realizados pelo Segurado em que sejam demonstradas as lesões de origem traumática;
- g) Boletim de Ocorrência Policial se for o caso (cópia simples).
- h) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo (cópia autenticada);
- i) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento.
- j) Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais pessoa física para atender a circular 445/2012 em nome do segurado;

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado ao próprio Segurado, relativo à perda ou à impotência funcional definitiva total, de um membro ou órgão por lesão física, decorrente de acidente, conforme tabela de invalidez permanente total constante nesta Condição Especial.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Desde que contratada, a Cobertura cobre a Invalidez Permanente Total do Segurado causada por acidente pessoal coberto, desde que esteja terminado o tratamento e esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e, quando da alta médica definitiva, a invalidez permanente total esteja avaliada e constatada.
- 3.2. O pagamento do Capital Segurado corresponderá a 100% (cem por cento) do Capital Segurado da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente conforme tabela a seguir:

Tabela de Invalidez Permanente Total por Acidente

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

3.3. IMPORTANTE:

- i. Quando do mesmo acidente resultar invalidez total de mais de um membro ou órgão, a indenização será 100% (cem por cento) do Capital Segurado previsto para essa Cobertura, não haverá acúmulo
- ii. A perda ou agravo da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do Capital Segurado, salvo quando previamente declarado pelo Segurado na contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau da invalidez definitiva o grau da invalidez preexistente devidamente

comprovada por laudo médico e resultados de exames que demonstrem a perda funcional atestando o grau da preexistência.

- iii. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito ao Capital Segurado desta Cobertura.**
- iv. A constatação da Invalidez Permanente Total por Acidente se fará através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialização da lesão e resultados de exames que demonstrem a invalidez.**
- v. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Não está coberto a Invalidez Permanente Total do Segurado se esta for decorrente de eventos mencionados no item “Riscos Excluídos” ou no item “Perda de Direito ao Capital Segurado”, da Condição Geral do seguro.**

5. CARÊNCIA OU FRANQUIA

- 5.1. Não haverá carência ou franquia para esta cobertura.**

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura, quando contratada, será expresso na Apólice.**
- 6.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.**
- 6.3. Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.**
- 6.4. Se, depois de pagar a 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 será deduzida do valor do capital segurado da garantia por morte e/ou morte acidental.**
- 6.5. O capital segurado das coberturas de morte e/ou morte acidental e invalidez permanente total por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.**

7. REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE

- 7.1. Não haverá alteração de prêmio em decorrência da mudança de idade do Segurado para esta Cobertura.**
- 7.2. Os Prêmios do seguro para esta cobertura sofrerão alteração, anualmente, pela atualização monetária do capital conforme definido nas Condições Gerais do seguro.**

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Após o pagamento de indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, ficará a presente cobertura cancelada e sem mais nenhum efeito.

8.2. Extingue-se ainda a cobertura:

- a) No final do prazo de vigência, se esta não for renovada, sem restituição dos Prêmios correspondentes ao prazo decorrido;
- b) Por solicitação expressa do Segurado, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice;
- c) Por mútuo consentimento das partes contratantes, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

9.1. Para o pagamento da indenização da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, os documentos básicos necessários são:

- a) Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado;
- b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente, com firma reconhecida;
- c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples).
- d) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso (cópia simples).
- e) Atestado de Alta Médica definitiva, informando as Sequelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membros lesados, inclusive o percentual (original);
- f) Resultados de todos os exames realizados pelo Segurado em que sejam demonstradas as lesões de origem traumática;
- g) Boletim de Ocorrência Policial se for o caso (cópia simples).
- h) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo (cópia autenticada);
- i) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento.
- j) Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado ao próprio Segurado, caso este venha a tornar-se, durante a vigência da cobertura, totalmente inválido, em caráter permanente, em decorrência de doença que cause a perda da sua existência independente, conforme descritos nesta Condição Especial.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições previstas nas Condições Gerais do seguro, a seguir glossário médico para os termos relacionados à cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença:

Agravo Mórbido: piora de uma doença.

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

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

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

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

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

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

Dados Antropométricos: peso e altura do indivíduo.

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

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

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

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

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

Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

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

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

Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

Médico Assistente: médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

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

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

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

Refratariedade Terapêutica: incapacidade de o 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 e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca, bem como nele se deslocar.

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

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

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Desde que contratada, a Cobertura cobre a Invalidez Funcional Permanente Total, consequente de doença, que cause a perda da existência independente

do segurado, caracterizada pela ocorrência de quadro clínico de incapacidade, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado. Este quadro clínico de incapacidade deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item “Liquidação de Sinistros” destas Condições Especiais.

- 3.2.** Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos de incapacidades, provenientes exclusivamente de doenças:

I - Deficiência visual, decorrente de doença:

- a) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- b) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- c) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou,
- d) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

II - Coma irreversível por doença, exceto decorrente do uso de álcool e drogas.

- a) Entende-se por coma o estado de inconsciência sem resposta a estímulos externos, persistindo, continuamente, com as medidas de suporte de vida por um período de, pelo menos, 96 (noventa e seis) horas e resultante em déficits neurológicos permanentes.

III - Doenças Terminais.

- a) Entende-se por Doenças Terminais aquelas em fase avançada, progressiva e incurável, sem possibilidades de respostas a nenhuma medida terapêutica, conhecida e aplicada sem expectativa de cura ou prolongamento da sobrevida, onde o esperado é o óbito.

IV - Alienação mental decorrente de doença, manifestada e diagnosticada durante a Vigência do Seguro.

- a) Entende-se por alienação mental, distúrbio mental ou neuromental grave e persistente, aqueles em que, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho e incluso na qualificação de curatelado (a) em definitivo.

V - Insuficiência cardíaca, refratária ao tratamento, com classificação funcional, grau IV, de acordo com a tabela NYHA, exceto doenças congênitas.

- a) Entende-se por Insuficiência Cardíaca ou Cardiopatia Grave, doença que curse com alterações hemodinâmicas evidentes e marcadas, com disfunções locais de ordem rítmica, isquêmica, obstrutivo-restritivas ou de mortalidade e/ou com acometimento de outros órgãos, representando-se como condição funcional de grau IV (NYHA), tornando o paciente incapaz de atividade física de qualquer espécie e irreversível. Esta condição deve

ser comprovada pelo exame físico e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

VI – Doenças Crônicas.

- a) Entende-se por doenças crônicas, as que atingem os portadores de doenças incuráveis, que são mantidos definitivamente no leito, com ou sem ajuda de aparelhos, com caráter progressivo, com manifestações clínicas avançadas acometendo outros órgãos sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em protocolos de tratamento direcionados à cura e/ou seu controle clínico.

VII - Perda de existência independente do Segurado.

- a) Entende-se perda de existência independente do Segurado aquele que, por motivo de doença, vier apresentar alguns dos estados mórbidos relacionados a seguir:
 - i. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - ii. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de duas mãos ou de dois pés;
 - iii. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

VIII - Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares:

- a) 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.

IX - Doenças do aparelho locomotor:

- a) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal.

3.3. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, anexo a esta Condição Especial, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.3.1. IAIF é composto por dois documentos:

- a) O primeiro documento (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos):
 - i. O 1º grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

- ii. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- iii. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

b) O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

3.4. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de Invalidez Funcional Total por Doença, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

3.5. A constatação da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, conforme definida no subitem 1.1, será feita por declaração médica, subscrita por profissional habilitado na especialização da doença, e perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

3.6. **A concessão desta cobertura não está vinculada a aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que resultando em quadro clínico de incapacidade que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

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

5. CARÊNCIA OU FRANQUIA

5.1. Haverá carência de 90 (noventa) dias para a Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, cuja contagem será a partir do início de vigência do seguro.

5.1.1. Quando for solicitado aumento de Capital Segurado para esta Cobertura, haverá novo cumprimento de Carência, exclusivamente à parte aumentada, cuja contagem inicia-se a partir do Início de Vigência do endosso ao seguro.

5.1.2. As Carências mencionadas nos itens 5.1 e 5.1.1 não se aplicam quando houver Renovação do seguro.

5.2. Não haverá Franquia para esta Cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta cobertura, quando contratada, será expresso na Apólice.

6.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez funcional permanente e total indicada na declaração médica.

6.3. Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

7. REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE

7.1. O Prêmio mensal estipulado na data de Início de Vigência do Seguro será aquele estabelecido na Proposta de Contratação, sujeito as alterações decorrentes da mudança de idade do Segurado.

7.2. O Prêmio da Cobertura sofrerá acréscimo, anualmente, em decorrência da mudança de idade do Segurado, conforme tabela a seguir:

Reenquadramento Tarifário % Anual			
Idade	Cobertura de IFPD	Idade	Cobertura de IFPD
17 anos	2,69%	44 anos	12,88%
18 anos	3,06%	45 anos	12,68%
19 anos	3,39%	46 anos	12,26%
20 anos	3,48%	47 anos	11,73%
21 anos	3,96%	48 anos	11,10%
22 anos	4,00%	49 anos	10,50%
23 anos	4,40%	50 anos	9,83%
24 anos	4,56%	51 anos	9,22%
25 anos	4,36%	52 anos	8,60%
26 anos	4,50%	53 anos	8,02%
27 anos	4,15%	54 anos	7,56%
28 anos	3,99%	55 anos	7,21%
29 anos	3,84%	56 anos	6,92%
30 anos	3,83%	57 anos	6,71%
31 anos	3,56%	58 anos	6,59%
32 anos	3,56%	59 anos	6,75%
33 anos	3,56%	60 anos	7,14%
34 anos	3,91%	61 anos	7,74%
35 anos	4,68%	62 anos	8,43%
36 anos	5,56%	63 anos	9,14%
37 anos	6,61%	64 anos	9,73%
38 anos	7,95%	65 anos	10,18%
39 anos	9,16%	66 anos	10,49%
40 anos	10,28%	67 anos	10,69%
41 anos	11,26%	68 anos	10,80%
42 anos	12,13%	69 anos	10,81%
43 anos	12,73%	70 anos	10,75%

7.3. Após o Segurado completar 71 (setenta e um) anos de idade, o percentual de reajuste será fixado em 10% (dez por cento) ao ano.

7.4. Os Prêmios do seguro para esta cobertura sofrerão alteração, anualmente, pela atualização monetária do capital conforme definido nas Condições Gerais e pela alteração da idade do Segurado.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Após o pagamento de indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, ficará a presente cobertura cancelada e sem mais nenhum efeito.

8.2. Extingue-se ainda a cobertura:

- a) No final do prazo de vigência, se esta não for renovada, sem restituição dos Prêmios correspondentes ao prazo decorrido;
- b) Por solicitação expressa do Segurado, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice;
- c) Por mútuo consentimento das partes contratantes, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

9.1. Para o pagamento da indenização da cobertura de Antecipação Especial por Doença, os documentos básicos necessários são:

- a) “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente (**posso? Esta no VG**)**
- c) Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível;
- d) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples).
- e) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento;
- f) Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais pessoa física.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

ANEXOS À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

1. Tabela de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estados conexos:

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Relações do segurado com o cotidiano	1º grau: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; anda 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.	0
	2º grau: O segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º grau: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições clínicas e estruturais do segurado	1º grau: O segurado apresenta-se saudável; 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	0
	2º grau: O segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
Conectividade do segurado com a vida	1º grau: O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	0
	2º grau: O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diário, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diária.	20

2. Tabela de dados antropométricos, fatores de risco e de morbidade:

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40.	2
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	2
Há ou houve reaparecimento de doença algum tempo depois de um acometimento, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	4
Existem mais de 2 (dois) fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	4
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica.	8

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura tem por objetivo cobrir a Antecipação Especial por Doença nos casos em que o Segurado apresentar quadro clínico irreversível, em fase terminal, em decorrência das doenças devidamente relacionadas nesta Condição Especial.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 As definições estão previstas nas Condições gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1 Desde que contratada, a Cobertura cobre a Antecipação Especial por Doença nos casos em que o Segurado apresentar quadro clínico irreversível, em fase terminal, em decorrência das doenças devidamente cobertas e relacionadas a seguir.
- 3.2 Considera-se o Segurado com quadro clínico irreversível e em fase terminal aquele que apresente estado clínico gravíssimo, sem perspectiva de recuperação ou cura, comprovado por profissional habilitado, nos casos das enfermidades abaixo cobertas:

I - Deficiência visual, decorrente de doença:

- a) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- b) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- c) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou,
- d) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

II - Coma irreversível por doença, exceto decorrente do uso de álcool e drogas.

Entende-se por coma o estado de inconsciência sem resposta a estímulos externos, persistindo, continuamente, com as medidas de suporte de vida por um período de, pelo menos, 96 (noventa e seis) horas e resultante em déficits neurológicos permanentes.

III - Doenças Terminais.

Entende-se por Doenças Terminais aquelas em fase avançada, progressiva e incurável, sem possibilidades de respostas a nenhuma medida terapêutica, conhecida e aplicada sem expectativa de cura ou prolongamento da sobrevivência, onde o esperado é o óbito.

IV - Alienação mental decorrente de doença, manifestada e diagnosticada durante a Vigência do Seguro.

Entende-se por alienação mental, distúrbio mental ou neuromental grave e persistente, aqueles em que, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, tornando o paciente total

e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho e incluso na qualificação de curatelado (a) em definitivo.

V - Insuficiência cardíaca, refratária ao tratamento, com classificação funcional, grau IV, de acordo com a tabela NYHA, exceto doenças congênitas.

Entende-se por Insuficiência Cardíaca ou Cardiopatia Grave, doença que curse com alterações hemodinâmicas evidentes e marcadas, com disfunções locais de ordem rítmica, isquêmica, obstrutivo-restritivas ou de mortalidade e/ou com acometimento de outros órgãos, representando-se como condição funcional de grau IV (NYHA), tornando o paciente incapaz de atividade física de qualquer espécie e irreversível. Esta condição deve ser comprovada pelo exame físico e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

VI – Doenças Crônicas.

Entende-se por doenças crônicas, as que atingem os portadores de doenças incuráveis, que são mantidos definitivamente no leito, com ou sem ajuda de aparelhos, com caráter progressivo, com manifestações clínicas avançadas acometendo outros órgãos sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em protocolos de tratamento direcionados à cura e/ou seu controle clínico.

VII - Perda de existência independente do Segurado.

Entende-se perda de existência independente do Segurado aquele que, por motivo de doença, vier apresentar alguns dos estados mórbidos relacionados a seguir:

- a) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- b) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de duas mãos ou de dois pés;
- c) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.3 IMPORTANTE:

- i. A constatação da Cobertura de Antecipação Especial por Doença, conforme definida nesta Condição Especial, se fará por declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialização da lesão e perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.
- ii. A concessão dessa Cobertura não está vinculada à aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas.
- iii. O Capital Segurado dessa Cobertura corresponde a 100% do capital da Cobertura de Morte vigente na data do Evento Coberto e estabelecido na Proposta de Contratação.
- iv. Com o pagamento do Capital Segurado referente a essa Cobertura, o seguro estará automaticamente cancelado.

4 RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Não está coberto a Antecipação Especial por Doença para o Segurado de eventos decorrentes de doenças não mencionadas no item 3.2 desta Condição Especial, bem como as situações a seguir:

- a) **Coma irreversível decorrente do uso de álcool e drogas;**
- b) **Insuficiência cardíaca congênita;**
- c) **Doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer etiologia (origem causal);**
- d) **Doenças em geral, geradoras de limitação física e/ou déficit funcional em qualquer grau, cuja etiologia (origem causal) possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, mesmo que parcial, com a(s) atividade(s) profissional (is) exercida(s) pelo Segurado, a qualquer tempo, ainda que, por qualquer motivo, não lhe(s) tenha sido atribuído nexos causal ocupacional;**
- e) **Toda e qualquer manifestação clínica, lesão e/ou doença que possua, em qualquer tempo de sua evolução, desde a origem, inclusive, alguma internação, intercorrência e/ou agravo ocorrido na dependência de traumatismos, exposições a esforços físicos, repetitivos ou não e/ou posturas viciosas;**
- f) **A perda, a redução, ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;**

4.2 A Cobertura Antecipação Especial por Doença também não cobre eventos relacionados no item, 'Riscos Excluídos', ou no item, 'Perda de Direito ao Capital Segurado', da Condição Geral do seguro.

5 CARÊNCIA OU FRANQUIA

5.1 Não haverá carência ou franquia para esta cobertura.

6 CAPITAL SEGURADO

6.1 O Capital Segurado para esta cobertura, quando contratada, será expresso na Apólice.

6.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da declaração médica do diagnóstico.

6.3 Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

7 REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE

7.1 O Prêmio mensal estipulado na data de Início de Vigência do Seguro será aquele estabelecido na Proposta de Contratação, sujeito as alterações decorrentes da mudança de idade do Segurado.

7.2 O Prêmio da Cobertura sofrerá acréscimo, anualmente, em decorrência da mudança de idade do Segurado, conforme tabela a seguir:

Reenquadramento Tarifário % Anual			
Idade	Cobertura AED	Idade	Cobertura AED
17 anos	2,69%	44 anos	12,88%
18 anos	3,06%	45 anos	12,68%
19 anos	3,39%	46 anos	12,26%
20 anos	3,48%	47 anos	11,73%
21 anos	3,96%	48 anos	11,10%
22 anos	4,00%	49 anos	10,50%
23 anos	4,40%	50 anos	9,83%
24 anos	4,56%	51 anos	9,22%
25 anos	4,36%	52 anos	8,60%
26 anos	4,50%	53 anos	8,02%
27 anos	4,15%	54 anos	7,56%
28 anos	3,99%	55 anos	7,21%
29 anos	3,84%	56 anos	6,92%
30 anos	3,83%	57 anos	6,71%
31 anos	3,56%	58 anos	6,59%
32 anos	3,56%	59 anos	6,75%
33 anos	3,56%	60 anos	7,14%
34 anos	3,91%	61 anos	7,74%
35 anos	4,68%	62 anos	8,43%
36 anos	5,56%	63 anos	9,14%
37 anos	6,61%	64 anos	9,73%
38 anos	7,95%	65 anos	10,18%
39 anos	9,16%	66 anos	10,49%
40 anos	10,28%	67 anos	10,69%
41 anos	11,26%	68 anos	10,80%
42 anos	12,13%	69 anos	10,81%
43 anos	12,73%	70 anos	10,75%

7.3 Após o Segurado completar 71 (setenta e um) anos de idade, o percentual de reajuste será fixado em 9% (nove por cento) ao ano.

7.4 Os Prêmios do seguro para esta cobertura sofrerão alteração, anualmente, pela atualização monetária do capital conforme definido nas Condições Gerais e pela alteração da idade do Segurado.

8 CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1 Após o pagamento de indenização por Antecipação Especial por Doença, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

8.2 Extingue-se ainda a cobertura:

- a) No final do prazo de vigência, se esta não for renovada, sem restituição dos Prêmios correspondentes ao prazo decorrido;
- b) Por solicitação expressa do Segurado, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice;
- c) Por mútuo consentimento das partes contratantes, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice.

9 OCORRÊNCIA DO SINISTRO

9.1 Para o pagamento da indenização da cobertura de Antecipação Especial por Doença, os documentos básicos necessários são:

- a) “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível;
- c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples).
- d) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento;
- e) Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais pessoa física.

10 DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1** Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de Diárias por Incapacidade Temporária ao próprio Segurado que, por motivo de acidente pessoal coberto ou doença, ocorridos durante a vigência da Apólice, venha a ficar afastado totalmente de qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1** As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1** Desde que contratada, a Cobertura cobre o afastamento do Segurado que, por motivo de acidente pessoal ou doença, venha a ficar afastado totalmente de qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, de forma contínua e temporária, por um período superior a 10 (dez) dias ou 7 (sete) dias, dependendo do tipo de franquia contratada, caracterizado por determinação médica e comprovado por exames complementares, até o Limite de Diárias contratado.

3.2 IMPORTANTE

- i. Deverão ser respeitados os períodos de Carência, Franquia e limites de diárias, estabelecidos nesta Condição Especial.
- ii. Esta Cobertura é assegurada durante o período de Vigência do Seguro, salvo condições que determinem sua suspensão ou Cancelamento, conforme definido na Condição Geral do seguro ou nesta Condição Especial.
- iii. O valor da Diária por Incapacidade Temporária contratada deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação desta Cobertura. No eventual Sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal informada pelo Segurado na Proposta de Contratação, o pagamento do Capital Segurado será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada Má-Fé do Segurado no que tange à informação constante na Proposta de Contratação, o Segurado perderá o direito ao recebimento do Capital Segurado, com base no Artigo 766 do Código Civil.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1** Além dos Riscos Excluídos do item “Riscos Excluídos”, estão expressamente excluídos da Cobertura os afastamentos decorrentes de:

- a. **Gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente pessoal coberto, neste caso, será necessária a comprovação do nexos causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente;**

- b. Anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;**
- c. Tratamento clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e mudança de sexo, incluída a correção de varicocele; histerectomia/mastectomia, entre outros;**
- d. Tratamento clínico e/ou cirúrgico para estética em suas várias modalidades e suas consequências; Mamoplastias redutoras; Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença; Cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais cobertos por este seguro ou por reconstrução mamária consequente de mastectomia por neoplasia maligna, ocorridos durante a vigência deste seguro;**
- e. Tratamento clínico ou cirúrgico para obesidade em suas várias modalidades e suas consequências, exceto a gastroplastia conforme descrita no item 6.2, alínea a.6;**
- f. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- g. Todas as doenças ou transtornos mentais, síndrome do pânico, estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais e psiquiátricos;**
- h. Cirurgias ortognáticas, tratamentos dentários, ortodônticos e intervenções por razões reparadoras, salvo os consequentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;**
- i. Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;**
- j. As instabilidades crônicas (agudizadas ou não), incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, Luxações recidivantes de qualquer articulação, exceto após tratamento cirúrgico;**
- k. Período que antecede a cirúrgica agendada/programada, salvo se for comprovado que durante este período houve afastamento médico.**

4.2 IMPORTANTE:

- i. Ficam ainda excluídos do Risco Coberto por esta Cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.**
- ii. Caso o Segurado esteja afastado de suas atividades profissionais ou sua ocupação habitual e sua Incapacidade Temporária venha a evoluir para uma Invalidez Permanente, total por Doença ou ainda, total ou parcial por acidente, comprovada por laudo médico, as Diárias por Incapacidade Temporária coberta por este Seguro, cessarão automaticamente.**
- iii. Também ficam expressamente excluídos da Cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente Total por Doença ou decorrente de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, tendo em vista que este Seguro cobre apenas Diárias por Incapacidade Temporária.**

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

5.1 Para a Cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente os seguintes períodos de carência deverão ser observados:

a) 180 (cento e oitenta) dias de carência para eventos decorrentes de:

a.1) Lesões classificadas sob a nomenclatura de L.E.R – Lesão por Esforço Repetitivo ou D.O.R.T – Distúrbio Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, L.T.C – Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, Tendinopatias, Sinovite, Epicondilite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências e tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

a.2) Qualquer tipo de hérnia, decorrente de doença ou acidente;

a.3) Doenças de características reconhecidamente progressivas pela medicina, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, doenças reumatológicas e ósseas;

a.4) Lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias, cervicalgias e cervicobraquialgias;

a.5) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

a.6) Gastroplastia (cirurgia bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica, com Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com co-morbidades ou com IMC igual ou maior do que 40 Kg/m², com ou sem co-morbidades.

b) 60 (sessenta) dias de carência para eventos decorrentes de doença, exceto as previstas na alínea “a” deste item, cujo prazo de Carência será de 180 dias.

5.1.1. Não há Carência para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais.

5.1.2. Quando for solicitado aumento de Capital Segurado para esta Cobertura, haverá novo cumprimento de Carência exclusivamente à parte aumentada, cuja contagem inicia-se a partir do Início de Vigência do endosso ao seguro, devendo ser observado o que segue:

a) 180 (cento e oitenta) dias para eventos previstos na alínea “a”, do item 5.1;

b) 60 (sessenta) dias para eventos decorrentes de doença, conforme previsto na alínea “b”, do item 5.1.

5.2 Para a Cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente haverá Franquia de 10 (dez) dias, contados a partir da data do afastamento de forma contínua e temporária, das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica decorrentes de doença ou acidente. Durante o período de Franquia o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias.

5.2.1 Poderá ser contratada a opção de Franquia reduzida para acidente, o período de Franquia será reduzido para 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento por acidente das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica. A opção deverá ser feita no preenchimento da Proposta de Contratação e a opção de Franquia Reduzida constará na Apólice.

5.2.2 A Franquia é dedutível por evento.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1 O Capital Segurado é estabelecido por diárias, respeitando a renda salarial informada na proposta de contratação. O valor da Diária deverá ser compatível com a renda mensal do segurado na proporção 1/30 (um trinta avos) da renda informada.

6.2 O número máximo de diárias a serem pagas, por Evento Coberto, para esta Cobertura adicional, será de:

a) 90 (noventa) dias, durante a vigência anual do Contrato de Seguro, independentemente do período de afastamento prescrito, nos casos de eventos decorrentes de:

a.1) lesões classificadas sob a nomenclatura de L.E.R – Lesão por Esforço Repetitivo ou D.O.R.T – Distúrbio Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, L.T.C – Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, Tendinopatias, Sinovite, Epicondilite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências e tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

a.2) qualquer tipo de hérnia, decorrente de doença ou acidente;

a.3) doenças de características reconhecidamente progressivas pela medicina, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, doenças reumatológicas e ósseas;

a.4) lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias, cervicalgias e cervicobraquialgias;

a.5) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

a.6) Gastroplastia (cirurgia bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica, com Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com co-morbidades ou com IMC igual ou maior do que 40 Kg/m², com ou sem co-morbidades.

b) Até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, conforme proposta de contratação, para ocorrência dos demais Eventos Cobertos decorrentes de acidente ou doença, exceto aqueles previstos no item, 'O que não está coberto', desta Cobertura.

- 6.3** Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da declaração médica do diagnóstico da incapacidade.
- 6.4** Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única nos casos em que o período de Incapacidade Temporária não superar 30 (trinta) dias. A Porto Seguro providenciará um único pagamento, no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do 10º (décimo) ou 7º (sétimo) dia, de acordo com a franquia contratada, da data do início de afastamento de suas atividades profissionais, já considerando o período de Franquia previsto nesta Condição Especial até a alta médica ou a utilização do Limite de Diárias também estabelecidas nesta Condição Especial.
- 6.5** Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Porto Seguro, mediante a apresentação de relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo Segurado a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao Médico Assistente.
- 6.5.1** A Porto Seguro efetuará o pagamento das diárias na qual o Segurado tenha direito, de acordo com a Incapacidade Temporária, desde que assim justificadas por relatório médico, Auditoria Médica e, se necessário, exames complementares.
- 6.6** Em caso de morte do Segurado cessará o direito ao pagamento das diárias por Incapacidade Temporária, sendo que as diárias relativas ao período em que o Segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais serão pagas aos seus herdeiros nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.
- 6.7** Nos casos de múltiplas lesões, conseqüentes do mesmo Sinistro, a Porto Seguro reconhecerá a mais grave entre elas, ou seja, aquela em que determinar o maior período de afastamento por Incapacidade Temporária do Segurado no exercício de suas atividades profissionais, não havendo acúmulo no valor das diárias.
- 6.8** A cessação do pagamento das diárias por Incapacidade Temporária ocorrerá:
- a) Na data da alta médica, devendo o Segurado apresentar o respectivo comprovante firmado pelo Médico Assistente; ou,
 - b) Com a utilização do Limite de Diárias.
- 6.9** Não será permitido o acúmulo de diárias quando houver mais de um evento que dê causa a Incapacidade Temporária durante um mesmo período.
- 6.10** Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder o limite máximo de diárias, de acordo com o evento, conforme estabelecido nesta Condição Especial.
- 6.11** Nos casos em que o Segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de Renovação da Apólice (a Renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de diárias por Incapacidade Temporária que faltarem para completar o limite máximo de diárias, de acordo com o evento, conforme estabelecido nesta Condição Especial.

6.12 Nos casos em que o afastamento seja decorrente de um novo evento, o Limite de Diárias será o da nova vigência da Apólice, ou seja, de acordo com o evento.

7. REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE

7.1 O Prêmio mensal estipulado na data de Início de Vigência do Seguro será aquele estabelecido na Proposta de Contratação, sujeito as alterações decorrentes da mudança de idade do Segurado.

7.2 O Prêmio da Cobertura sofrerá acréscimo, anualmente, em decorrência da mudança de idade do Segurado, conforme tabela a seguir:

7.2.1 Os grupos A e B são compostos por profissão aceitas para a Cobertura, cujos riscos são agrupados conforme estudos estatísticos da base de segurados da Porto Seguro.

Reenquadramento Tarifário % Anual				
COBERTURA DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - Doença e Acidente				
Diárias até R\$100,00				
Idade	Masculino Grupo A	Masculino Grupo B	Feminino Grupo A	Feminino Grupo B
Até 25 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26 anos	10,69%	11,29%	8,20%	8,93%
27 anos	9,66%	10,15%	7,59%	8,20%
28 anos	1,16%	1,41%	0,07%	0,40%
29 anos	1,15%	1,39%	0,06%	0,39%
30 anos	1,13%	1,38%	0,06%	0,39%
31 anos	1,12%	1,36%	0,06%	0,39%
32 anos	1,13%	1,36%	0,09%	0,40%
33 anos	2,56%	1,96%	5,19%	4,40%
34 anos	2,56%	1,96%	5,19%	4,40%
35 anos	2,56%	1,96%	5,19%	4,40%
36 anos	2,56%	1,96%	5,19%	4,40%
37 anos	2,56%	1,96%	5,19%	4,40%
38 anos	3,04%	2,40%	5,45%	4,79%
39 anos	3,04%	2,40%	5,45%	4,79%
40 anos	3,04%	2,40%	5,45%	4,79%
41 anos	3,04%	2,40%	5,45%	4,79%
42 anos	3,04%	2,40%	5,45%	4,79%
43 anos	0,42%	0,35%	0,65%	0,59%
44 anos	0,42%	0,35%	0,65%	0,59%
45 anos	0,42%	0,35%	0,65%	0,59%
46 anos	0,42%	0,35%	0,65%	0,59%
47 anos	0,42%	0,35%	0,65%	0,59%
48 anos	2,90%	2,61%	3,86%	3,61%
49 anos	2,90%	2,61%	3,86%	3,61%
50 anos	2,90%	2,61%	3,86%	3,61%
51 anos	2,90%	2,61%	3,86%	3,61%
52 anos	2,90%	2,61%	3,86%	3,61%
53 anos	2,04%	1,92%	2,42%	2,33%
54 anos	2,04%	1,92%	2,42%	2,33%
55 anos	2,04%	1,92%	2,42%	2,33%
56 anos	2,04%	1,92%	2,42%	2,33%
57 anos	2,04%	1,92%	2,42%	2,33%
58 anos	6,27%	6,19%	6,50%	6,45%
59 anos	6,27%	6,19%	6,50%	6,45%
60 anos	6,27%	6,19%	6,50%	6,45%
61 anos	6,27%	6,19%	6,50%	6,45%
62 anos	6,27%	6,19%	6,50%	6,45%
63 anos	6,27%	6,19%	6,50%	6,45%
64 anos	9,00%	9,00%	9,00%	9,00%
65 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
66 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
67 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
68 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
69 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
70 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%

Reenquadramento Tarifário % Anual				
COBERTURA DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - Doença e Acidente				
Diárias de R\$100,01 até R\$ 150,00				
Idade	Masculino Grupo A	Masculino Grupo B	Feminino Grupo A	Feminino Grupo B
Até 25 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26 anos	10,84%	11,43%	8,37%	9,10%
27 anos	9,78%	10,26%	7,74%	8,34%
28 anos	1,23%	1,47%	0,15%	0,47%
29 anos	1,21%	1,45%	0,15%	0,47%
30 anos	1,20%	1,43%	0,15%	0,47%
31 anos	1,18%	1,41%	0,15%	0,47%
32 anos	1,17%	1,41%	0,15%	0,48%
33 anos	2,41%	1,83%	4,99%	4,21%
34 anos	2,41%	1,83%	4,99%	4,21%
35 anos	2,41%	1,83%	4,99%	4,21%
36 anos	2,41%	1,83%	4,99%	4,21%
37 anos	2,41%	1,83%	4,99%	4,21%
38 anos	2,88%	2,25%	5,29%	4,62%
39 anos	2,88%	2,25%	5,29%	4,62%
40 anos	2,88%	2,25%	5,29%	4,62%
41 anos	2,88%	2,25%	5,29%	4,62%
42 anos	2,88%	2,25%	5,29%	4,62%
43 anos	0,40%	0,33%	0,63%	0,57%
44 anos	0,40%	0,33%	0,63%	0,57%
45 anos	0,40%	0,33%	0,63%	0,57%
46 anos	0,40%	0,33%	0,63%	0,57%
47 anos	0,40%	0,33%	0,63%	0,57%
48 anos	2,83%	2,54%	3,80%	3,55%
49 anos	2,83%	2,54%	3,80%	3,55%
50 anos	2,83%	2,54%	3,80%	3,55%
51 anos	2,83%	2,54%	3,80%	3,55%
52 anos	2,83%	2,54%	3,80%	3,55%
53 anos	2,01%	1,89%	2,40%	2,31%
54 anos	2,01%	1,89%	2,40%	2,31%
55 anos	2,01%	1,89%	2,40%	2,31%
56 anos	2,01%	1,89%	2,40%	2,31%
57 anos	2,01%	1,89%	2,40%	2,31%
58 anos	6,25%	6,18%	6,49%	6,43%
59 anos	6,25%	6,18%	6,49%	6,43%
60 anos	6,25%	6,18%	6,49%	6,43%
61 anos	6,25%	6,18%	6,49%	6,43%
62 anos	6,25%	6,18%	6,49%	6,43%
63 anos	6,25%	6,18%	6,49%	6,43%
64 anos	9,00%	9,00%	9,00%	9,00%
65 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
66 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
67 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
68 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
69 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
70 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%

Reenquadramento Tarifário % Anual				
COBERTURA DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - Doença e Acidente				
Diárias de R\$ 150,01 até R\$ 200,00				
Idade	Masculino Grupo A	Masculino Grupo B	Feminino Grupo A	Feminino Grupo B
Até 25 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26 anos	11,07%	11,64%	8,65%	9,36%
27 anos	9,97%	10,43%	7,97%	8,57%
28 anos	1,32%	1,56%	0,27%	0,59%
29 anos	1,30%	1,53%	0,27%	0,59%
30 anos	1,29%	1,51%	0,27%	0,59%
31 anos	1,27%	1,49%	0,27%	0,58%
32 anos	1,27%	1,47%	0,26%	0,59%
33 anos	2,18%	1,62%	4,69%	3,93%
34 anos	2,18%	1,62%	4,69%	3,93%
35 anos	2,18%	1,62%	4,69%	3,93%
36 anos	2,18%	1,62%	4,69%	3,93%
37 anos	2,18%	1,62%	4,69%	3,93%
38 anos	2,64%	2,02%	5,04%	4,37%
39 anos	2,64%	2,02%	5,04%	4,37%
40 anos	2,64%	2,02%	5,04%	4,37%
41 anos	2,64%	2,02%	5,04%	4,37%
42 anos	2,64%	2,02%	5,04%	4,37%
43 anos	0,38%	0,31%	0,61%	0,55%
44 anos	0,38%	0,31%	0,61%	0,55%
45 anos	0,38%	0,31%	0,61%	0,55%
46 anos	0,38%	0,31%	0,61%	0,55%
47 anos	0,38%	0,31%	0,61%	0,55%
48 anos	2,72%	2,43%	3,71%	3,45%
49 anos	2,72%	2,43%	3,71%	3,45%
50 anos	18,13%	23,68%	13,30%	8,63%
51 anos	2,72%	2,43%	3,71%	3,45%
52 anos	2,72%	2,43%	3,71%	3,45%
53 anos	1,97%	1,85%	2,37%	2,27%
54 anos	1,97%	1,85%	2,37%	2,27%
55 anos	1,97%	1,85%	2,37%	2,27%
56 anos	1,97%	1,85%	2,37%	2,27%
57 anos	1,97%	1,85%	2,37%	2,27%
58 anos	6,22%	6,15%	6,47%	6,41%
59 anos	6,22%	6,15%	6,47%	6,41%
60 anos	6,22%	6,15%	6,47%	6,41%
61 anos	6,22%	6,15%	6,47%	6,41%
62 anos	6,22%	6,15%	6,47%	6,41%
63 anos	6,22%	6,15%	6,47%	6,41%
64 anos	9,00%	9,00%	9,00%	9,00%
65 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
66 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
67 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
68 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
69 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
70 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%

Reenquadramento Tarifário % Anual				
COBERTURA DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - Doença e Acidente				
Diárias de R\$ 200,01 até R\$ 250,00				
Idade	Masculino Grupo A	Masculino Grupo B	Feminino Grupo A	Feminino Grupo B
Até 25 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26 anos	11,26%	11,82%	8,89%	9,60%
27 anos	10,13%	10,57%	8,17%	8,76%
28 anos	1,40%	1,63%	0,38%	0,70%
29 anos	1,38%	1,60%	0,38%	0,69%
30 anos	1,37%	1,58%	0,38%	0,68%
31 anos	1,35%	1,55%	0,38%	0,68%
32 anos	1,33%	1,54%	0,38%	0,68%
33 anos	1,99%	1,45%	4,43%	3,68%
34 anos	1,99%	1,45%	4,43%	3,68%
35 anos	1,99%	1,45%	4,43%	3,68%
36 anos	1,99%	1,45%	4,43%	3,68%
37 anos	1,99%	1,45%	4,43%	3,68%
38 anos	2,43%	1,82%	4,82%	4,14%
39 anos	2,43%	1,82%	4,82%	4,14%
40 anos	2,43%	1,82%	4,82%	4,14%
41 anos	2,43%	1,82%	4,82%	4,14%
42 anos	2,43%	1,82%	4,82%	4,14%
43 anos	0,35%	0,29%	0,59%	0,53%
44 anos	0,35%	0,29%	0,59%	0,53%
45 anos	0,35%	0,29%	0,59%	0,53%
46 anos	0,35%	0,29%	0,59%	0,53%
47 anos	0,35%	0,29%	0,59%	0,53%
48 anos	2,62%	2,33%	3,63%	3,36%
49 anos	2,62%	2,33%	3,63%	3,36%
50 anos	18,02%	23,57%	13,21%	8,53%
51 anos	2,62%	2,33%	3,63%	3,36%
52 anos	2,62%	2,33%	3,63%	3,36%
53 anos	1,93%	1,80%	2,33%	2,23%
54 anos	1,93%	1,80%	2,33%	2,23%
55 anos	1,93%	1,80%	2,33%	2,23%
56 anos	1,93%	1,80%	2,33%	2,23%
57 anos	1,93%	1,80%	2,33%	2,23%
58 anos	6,20%	6,12%	6,45%	6,39%
59 anos	6,20%	6,12%	6,45%	6,39%
60 anos	6,20%	6,12%	6,45%	6,39%
61 anos	6,20%	6,12%	6,45%	6,39%
62 anos	6,20%	6,12%	6,45%	6,39%
63 anos	6,20%	6,12%	6,45%	6,39%
64 anos	9,00%	9,00%	9,00%	9,00%
65 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
66 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
67 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
68 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
69 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
70 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%

Reenquadramento Tarifário % Anual				
COBERTURA DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - Doença e Acidente				
Diárias de R\$ 250,01 até R\$ 300,00				
Idade	Masculino Grupo A	Masculino Grupo B	Feminino Grupo A	Feminino Grupo B
Até 25 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26 anos	12,39%	12,83%	10,38%	11,01%
27 anos	11,03%	11,37%	9,41%	9,92%
28 anos	1,86%	2,04%	1,03%	1,30%
29 anos	1,83%	2,00%	1,02%	1,28%
30 anos	1,80%	1,96%	1,01%	1,26%
31 anos	1,77%	1,92%	1,00%	1,25%
32 anos	1,74%	1,89%	1,00%	1,24%
33 anos	0,89%	0,48%	2,88%	2,25%
34 anos	0,89%	0,48%	2,88%	2,25%
35 anos	0,89%	0,48%	2,88%	2,25%
36 anos	0,89%	0,48%	2,88%	2,25%
37 anos	0,89%	0,48%	2,88%	2,25%
38 anos	1,15%	0,63%	3,36%	2,71%
39 anos	1,15%	0,63%	3,36%	2,71%
40 anos	1,15%	0,63%	3,36%	2,71%
41 anos	1,15%	0,63%	3,36%	2,71%
42 anos	1,15%	0,63%	3,36%	2,71%
43 anos	0,21%	0,15%	0,45%	0,38%
44 anos	0,21%	0,15%	0,45%	0,38%
45 anos	0,21%	0,15%	0,45%	0,38%
46 anos	0,21%	0,15%	0,45%	0,38%
47 anos	0,21%	0,15%	0,45%	0,38%
48 anos	2,00%	1,72%	3,04%	2,75%
49 anos	2,00%	1,72%	3,04%	2,75%
50 anos	17,30%	22,83%	18,49%	7,89%
51 anos	2,00%	1,72%	3,04%	2,75%
52 anos	2,00%	1,72%	3,04%	2,75%
53 anos	1,66%	1,53%	2,10%	1,98%
54 anos	1,66%	1,53%	2,10%	1,98%
55 anos	1,66%	1,53%	2,10%	1,98%
56 anos	1,66%	1,53%	2,10%	1,98%
57 anos	1,66%	1,53%	2,10%	1,98%
58 anos	6,03%	5,95%	6,31%	6,23%
59 anos	6,03%	5,95%	6,31%	6,23%
60 anos	6,03%	5,95%	6,31%	6,23%
61 anos	6,03%	5,95%	6,31%	6,23%
62 anos	6,03%	5,95%	6,31%	6,23%
63 anos	6,03%	5,95%	6,31%	6,23%
64 anos	9,00%	9,00%	9,00%	9,00%
65 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
66 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
67 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
68 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
69 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
70 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%

Reenquadramento Tarifário % Anual				
COBERTURA DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - Doença e Acidente				
Diárias de R\$ 300,01 até R\$ 350,00				
Idade	Masculino Grupo A	Masculino Grupo B	Feminino Grupo A	Feminino Grupo B
Até 25 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26 anos	12,89%	13,26%	11,09%	11,66%
27 anos	11,42%	11,71%	9,99%	10,44%
28 anos	2,06%	2,21%	1,33%	1,57%
29 anos	2,02%	2,16%	1,32%	1,54%
30 anos	1,98%	2,11%	1,30%	1,52%
31 anos	1,94%	2,07%	1,28%	1,50%
32 anos	1,91%	2,03%	1,27%	1,48%
33 anos	0,42%	0,07%	2,16%	1,40%
34 anos	0,42%	0,07%	2,16%	1,40%
35 anos	0,42%	0,07%	2,16%	1,40%
36 anos	0,42%	0,07%	2,16%	1,40%
37 anos	0,42%	0,07%	2,16%	2,42%
38 anos	0,56%	0,09%	2,61%	1,99%
39 anos	0,56%	0,09%	2,61%	1,99%
40 anos	0,56%	0,09%	2,61%	1,99%
41 anos	0,56%	0,09%	2,61%	1,99%
42 anos	0,56%	0,09%	2,61%	1,99%
43 anos	0,14%	0,09%	0,37%	0,31%
44 anos	0,14%	0,09%	0,37%	0,31%
45 anos	0,14%	0,09%	0,37%	0,31%
46 anos	0,14%	0,09%	0,37%	0,31%
47 anos	0,14%	0,09%	0,37%	0,31%
48 anos	1,68%	1,42%	2,71%	2,42%
49 anos	1,68%	1,42%	2,71%	2,42%
50 anos	16,93%	22,47%	18,11%	7,54%
51 anos	1,68%	1,42%	2,71%	2,42%
52 anos	1,68%	1,42%	2,71%	2,42%
53 anos	1,52%	1,40%	1,96%	1,84%
54 anos	1,52%	1,40%	1,96%	1,84%
55 anos	1,52%	1,40%	1,96%	1,84%
56 anos	1,52%	1,40%	1,96%	1,84%
57 anos	1,52%	1,40%	1,96%	1,84%
58 anos	5,94%	5,86%	6,22%	6,14%
59 anos	5,94%	5,86%	6,22%	6,14%
60 anos	5,94%	5,86%	6,22%	6,14%
61 anos	5,94%	5,86%	6,22%	6,14%
62 anos	5,94%	5,86%	6,22%	6,14%
63 anos	5,94%	5,86%	6,22%	6,14%
64 anos	9,00%	9,00%	9,00%	9,00%
65 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
66 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
67 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
68 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
69 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
70 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%

Reenquadramento Tarifário % Anual				
COBERTURA DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - Doença e Acidente				
Diárias de R\$ 350,01 até R\$ 600,00				
Idade	Masculino Grupo A	Masculino Grupo B	Feminino Grupo A	Feminino Grupo B
Até 25 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26 anos	12,68%	13,08%	10,79%	11,38%
27 anos	11,25%	11,57%	9,74%	10,22%
28 anos	1,98%	2,14%	1,21%	1,45%
29 anos	1,94%	2,09%	1,19%	1,43%
30 anos	1,90%	2,05%	1,18%	1,41%
31 anos	1,87%	2,01%	1,16%	1,39%
32 anos	1,84%	1,97%	1,15%	1,38%
33 anos	0,62%	0,24%	2,46%	1,87%
34 anos	0,62%	0,24%	2,46%	1,87%
35 anos	0,62%	0,24%	2,46%	1,87%
36 anos	0,62%	0,24%	2,46%	1,87%
37 anos	0,62%	0,24%	2,46%	1,87%
38 anos	0,81%	0,32%	2,94%	2,30%
39 anos	0,81%	0,32%	2,94%	2,30%
40 anos	0,81%	0,32%	2,94%	2,30%
41 anos	0,81%	0,32%	2,94%	2,30%
42 anos	0,81%	0,32%	2,94%	2,30%
43 anos	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
44 anos	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
45 anos	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
46 anos	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
47 anos	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
48 anos	1,82%	1,55%	2,85%	2,56%
49 anos	1,82%	1,55%	2,85%	2,56%
50 anos	17,09%	22,62%	18,28%	7,69%
51 anos	1,82%	1,55%	2,85%	2,56%
52 anos	1,82%	1,55%	2,85%	2,56%
53 anos	1,58%	1,46%	2,02%	1,90%
54 anos	1,58%	1,46%	2,02%	1,90%
55 anos	1,58%	1,46%	2,02%	1,90%
56 anos	1,58%	1,46%	2,02%	1,90%
57 anos	1,58%	1,46%	2,02%	1,90%
58 anos	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
59 anos	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
60 anos	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
61 anos	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
62 anos	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
63 anos	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
64 anos	9,00%	9,00%	9,00%	9,00%
65 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
66 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
67 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
68 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
69 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
70 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%

Reenquadramento Tarifário % Anual				
COBERTURA DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - Doença e Acidente				
Diárias de R\$ 600,01 até R\$ 1.300,00				
Idade	Masculino Grupo A	Masculino Grupo B	Feminino Grupo A	Feminino Grupo B
Até 25 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26 anos	12,68%	13,15%	10,79%	11,38%
27 anos	11,25%	11,70%	9,74%	10,22%
28 anos	1,98%	2,11%	1,21%	1,45%
29 anos	1,97%	2,11%	1,19%	1,43%
30 anos	1,97%	2,11%	1,18%	1,41%
31 anos	1,97%	2,11%	1,16%	1,39%
32 anos	1,97%	2,11%	1,15%	1,38%
33 anos	0,44%	0,09%	2,46%	1,87%
34 anos	0,46%	0,09%	2,46%	1,87%
35 anos	0,62%	0,09%	2,46%	1,87%
36 anos	0,62%	0,23%	2,46%	1,87%
37 anos	0,62%	0,24%	2,46%	1,87%
38 anos	0,81%	0,32%	2,94%	2,30%
39 anos	0,81%	0,32%	2,94%	2,30%
40 anos	0,81%	0,32%	2,94%	2,30%
41 anos	0,81%	0,32%	2,94%	2,30%
42 anos	0,81%	0,32%	2,93%	2,30%
43 anos	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
44 anos	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
45 anos	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
46 anos	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
47 anos	0,17%	0,11%	0,41%	0,34%
48 anos	1,82%	1,55%	2,85%	2,56%
49 anos	1,82%	1,55%	2,85%	2,56%
50 anos	17,09%	22,62%	18,28%	7,69%
51 anos	1,82%	1,55%	2,85%	2,56%
52 anos	1,82%	1,55%	2,85%	2,56%
53 anos	1,58%	1,46%	2,02%	1,90%
54 anos	1,58%	1,46%	2,02%	1,90%
55 anos	1,58%	1,46%	2,02%	1,90%
56 anos	1,58%	1,46%	2,02%	1,90%
57 anos	1,58%	1,45%	2,02%	1,90%
58 anos	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
59 anos	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
60 anos	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
61 anos	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
62 anos	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
63 anos	5,98%	5,90%	6,26%	6,18%
64 anos	9,00%	9,00%	9,00%	9,00%
65 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
66 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
67 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
68 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
69 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%
70 anos	8,39%	8,39%	8,39%	8,39%

7.3 Após o Segurado completar 71 (setenta e um) anos de idade, o percentual de reajuste será fixado em 5% (cinco por cento) ao ano.

7.4 Os Prêmios do seguro para esta cobertura sofrerão alteração, anualmente, pela atualização monetária do capital conforme definido nas Condições Gerais e pela alteração da idade do Segurado.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1 Fica cancelada a Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente, quando contratada, a partir da data em que o Segurado estiver total e permanentemente inválido, devidamente comprovado por laudo médico, deixando de ser cobrado, a partir de então, o Prêmio relativo a tal Cobertura.

8.2 Extingue-se ainda a cobertura:

- a) No final do prazo de vigência, se esta não for renovada, sem restituição dos Prêmios correspondentes ao prazo decorrido;
- b) Por solicitação expressa do Segurado, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice;
- c) Por mútuo consentimento das partes contratantes, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

9.1 Para o pagamento da indenização da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente, os documentos básicos necessários são:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente, com firma reconhecida;
- c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples)
- d) Exames Complementares realizados a data do evento;
- e) Em casos de intervenção cirúrgica, cópia do resumo de alta médica hospitalar;
- f) Tratando-se de acidente de trabalho, cópia do Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho-CAT, para comprovação do acidente (cópia simples);
- g) Tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, cópia do Boletim de Ocorrência (cópia simples);
- h) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quanto se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo (cópia simples).
- i) Ficha médica hospitalar de atendimento emergencial (cópia simples).
- j) Autorização para crédito em conta corrente informando dados de própria titularidade, no caso de eventual pagamento;
- k) Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais.

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

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1** Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de Diárias por Incapacidade Temporária ao próprio Segurado que, por motivo de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da Apólice, venha a ficar afastado totalmente de qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1** As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1** Desde que contratada, a Cobertura cobre o afastamento do Segurado que, por motivo de acidente pessoal coberto, venha a ficar afastado totalmente de qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, de forma contínua e temporária, por um período superior a 10 (dez) dias ou 7 (sete) dias, dependendo do tipo de franquia contratada, caracterizado por determinação médica e comprovado por exames complementares, até o Limite de Diárias contratado.

3.2 IMPORTANTE:

- i. Deverão ser respeitados os períodos de Carência, Franquia e limites de diárias, estabelecidos nesta Condição Especial.**
- ii. Esta Cobertura é assegurada durante o período de Vigência do Seguro, salvo condições que determinem sua suspensão ou Cancelamento, conforme definido nesta Condição Especial.**
- iii. O valor da Diária por Incapacidade Temporária contratada deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação desta Cobertura. No eventual Sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal informada pelo Segurado na Proposta de Contratação, o pagamento do Capital Segurado será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada Má-Fé do Segurado no que tange à informação constante na Proposta de Contratação, o Segurado perderá o direito ao recebimento do Capital Segurado, com base no Artigo 766 do Código Civil.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1** Além dos Riscos Excluídos do item “Riscos Excluídos”, estão expressamente excluídos da Cobertura os afastamentos decorrentes de:
- a) LER (Lesões por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, bem como os eventos considerados como acidentários (relativos às atividades laborativas);**

- b) Gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente pessoal coberto, neste caso, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente;**
- c) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;**
- d) Anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;**
- e) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico e no caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo Cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;**
- f) Tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade em suas várias modalidades e suas consequências;**
- g) Tratamento clínico e/ou cirúrgico para estética em suas várias modalidades e suas consequências;**
- h) Todas as doenças ou transtornos mentais;**
- i) Síndrome do pânico;**
- j) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;**
- k) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os consequentes de acidentes ocorridos durante a vigência da Apólice;**
- l) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas.**
- m) Luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;**
- n) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- o) As doenças de características reconhecidamente progressivas pela medicina, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, doenças reumatológicas e ósseas;**
- p) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias, cervicalgias e cervicobraquialgias;**
- q) Laser terapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;**
- r) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- s) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.**

4.2 IMPORTANTE:

- i. Ficam ainda excluídos do Risco Coberto por esta Cobertura, qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.**
- ii. Caso o Segurado esteja afastado de suas atividades profissionais e sua Incapacidade Temporária venha a evoluir para uma Invalidez Permanente, total ou parcial por acidente, comprovada por laudo médico, as Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente coberta por este Seguro, cessarão automaticamente.**

- iii. **Também ficam expressamente excluídos da Cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, total ou parcial por acidente, tendo em vista que este Seguro cobre apenas Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente.**

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 5.1 Não haverá carência para esta Cobertura.
- 5.2 Para a Cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente haverá Franquia de 10 (dez) dias, contados a partir da data do afastamento de forma contínua e temporária, das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica decorrentes de acidente. Durante o período de Franquia o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias.
- 5.3 Poderá ser contratada a opção de Franquia reduzida, o período de Franquia será reduzido para 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento por acidente das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica. A opção deverá ser feita no preenchimento da Proposta de Contratação e a opção de Franquia Reduzida constará na Apólice.
- 5.4 A Franquia é dedutível por evento.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1 O Capital Segurado é estabelecido por diárias, respeitando a renda salarial informada na proposta de contratação. O valor da Diária deverá ser compatível com a renda mensal do segurado na proporção 1/30 (um trinta avos) da renda informada.
- 6.2 O número máximo de diárias a serem pagas, por Evento Coberto, para esta Cobertura, será de até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.
- 6.3 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do Acidente.
- 6.4 Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única nos casos em que o período de Incapacidade Temporária não superar 30 (trinta) dias. A Porto Seguro providenciará um único pagamento, no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do 10º (décimo) ou 7º (sétimo) dia, de acordo com a franquia contratada, da data do início de afastamento de suas atividades profissionais, já considerando o período de Franquia previsto nesta Condição Especial até a alta médica ou a utilização do Limite de Diárias também estabelecidas nesta Condição Especial.
- 6.5 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Porto Seguro, mediante a apresentação de relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo Segurado a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao Médico Assistente.
- 6.6 A Porto Seguro efetuará o pagamento das diárias na qual o Segurado tenha direito, de acordo com a Incapacidade Temporária, desde que assim justificadas por relatório

médico, Auditoria Médica e, se necessário, exames complementares.

- 6.7** Em caso de morte do Segurado cessará o direito ao pagamento das diárias por Incapacidade Temporária, sendo que as diárias relativas ao período em que o Segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais serão pagas aos seus herdeiros nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.
- 6.8** Nos casos de múltiplas lesões, conseqüentes do mesmo Sinistro, a Porto Seguro reconhecerá a mais grave entre elas, ou seja, aquela em que determinar o maior período de afastamento por Incapacidade Temporária do Segurado no exercício de suas atividades profissionais, não havendo acúmulo no valor das diárias.
- 6.9** A cessação do pagamento das diárias por Incapacidade Temporária ocorrerá:
- a) Na data da alta médica, devendo o segurado apresentar o respectivo comprovante firmado pelo Médico Assistente; ou
 - b) Com a utilização do Limite de Diárias.
- 6.10** Não será permitido o acúmulo de diárias quando houver mais de um evento que dê causa a Incapacidade Temporária durante um mesmo período.
- 6.11** Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder o limite máximo de diárias, de acordo com o evento, conforme estabelecido nesta Condição Especial.
- 6.12** Nos casos em que o Segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de Renovação da Apólice (a Renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de diárias por Incapacidade Temporária que faltarem para completar o limite máximo de diárias, de acordo com o evento, conforme estabelecido nesta Condição Especial.
- 6.13** Nos casos em que o afastamento seja decorrente de um novo evento, o Limite de Diárias será o da nova vigência da Apólice, ou seja, de acordo com o evento.
- 7. REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE**
- 7.1** Não haverá alteração de prêmio em decorrência da mudança de idade do Segurado para esta Cobertura.
- 7.2** Os Prêmios do seguro para esta cobertura sofrerão alteração, anualmente, pela atualização monetária do capital conforme definido nas Condições Gerais do seguro.
- 8. CANCELAMENTO DA COBERTURA**
- 8.1** Fica cancelada a Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente, quando contratada, a partir da data em que o Segurado estiver total e permanentemente inválido, devidamente comprovado por laudo médico, deixando de ser cobrado, a partir de então, o Prêmio relativo a tal Cobertura.
- 8.2** Extingue-se ainda a cobertura:

- a) No final do prazo de vigência, se esta não for renovada, sem restituição dos Prêmios correspondentes ao prazo decorrido;
- b) Por solicitação expressa do Segurado, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice;
- c) Por mútuo consentimento das partes contratantes, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

9.1 Para o pagamento da indenização da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente, os documentos básicos necessários são:

- a) “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente, com firma reconhecida;
- c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples)
- d) Exames Complementares realizados a data do evento;
- e) Em casos de intervenção cirúrgica, cópia do resumo de alta médica hospitalar;
- f) Tratando-se de acidente de trabalho, cópia do Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho-CAT, para comprovação do acidente (cópia simples);
- g) Tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, cópia do Boletim de Ocorrência (cópia simples);
- h) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quanto se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo (cópia simples).
- i) Ficha médica hospitalar de atendimento emergencial (cópia simples).
- j) Autorização para crédito em conta corrente informando dados de própria titularidade, no caso de eventual pagamento;
- k) Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais.

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

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Esta cobertura tem por objetivo garantir a prestação de serviço ou o pagamento, através de reembolso, de despesas com funeral na ocorrência de morte do Segurado e/ou de seus familiares, conforme plano contratado. No caso de o beneficiário optar pela prestação de serviços, deverá comunicar de forma expressa por esta escolha. Nos casos em que a escolha seja pelo reembolso dos valores, o beneficiário dos valores será aquele indicado nas notas fiscais originais correspondentes aos gastos relativos ao funeral.

1.2 O serviço de Assistência Funeral será concedido para:

- a)** Plano individual: o Segurado principal (excluído cônjuge e filhos); e
- b)** Plano familiar: o Segurado principal, seu cônjuge ou companheiro legalmente reconhecido e os filhos menores de 18 (dezoito) anos ou filhos dependentes legais, conforme critério do Imposto de Renda, de qualquer idade.

2. DEFINIÇÕES

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Desde que contratada, a Cobertura cobre as despesas com funeral através da prestação de serviço, descritas a seguir, ou posterior Reembolso de despesas com o funeral do Segurado ou de seus familiares, até o limite do plano contratado.

3.2 O Beneficiário poderá optar pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, sem qualquer direito a reembolso posterior.

3.2.1 Coberturas do Serviço de Assistência Funeral:

i. Assessoria para as Formalidades Administrativas

O Serviço de Assistência dirigirá-se à residência/hospital do óbito, para providenciar todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do Município. Estes documentos serão encaminhados até a funerária do Município que tomará as medidas necessárias para a realização do funeral, entregando à família a respectiva documentação, posicionando-a das providências tomadas. Será solicitado o acompanhamento de uma pessoa da família, caso o Serviço de Assistência julgue necessário.

ii. Carro Funerário

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família um carro funerário para transporte do corpo desde o local do óbito até o local do velório e depois até o local onde se fará o sepultamento ou cremação desde que dentro do mesmo Município.

iii. Coroa de Flores

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma coroa de flores da época, juntamente com uma faixa de dizeres redigida pela família.

iv. Locação de Jazigo

Caso a família não disponha de local para o sepultamento, o Serviço de Assistência se responsabilizará pela locação de um jazigo, por um período de 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local.

v. Mesa de Condolências

O Serviço de Assistência providenciará uma mesa onde será colocado o livro de presença.

vi. Ornamentação de Urna

O Serviço de Assistência colocará a disposição da família, flores da época para o interior da urna, bem como vestirá o corpo se assim a família desejar.

vii. Paramentos

O Serviço de Assistência se responsabilizará pelos castiçais e velas que acompanham a urna bem como pelos aparelhos de ozona.

viii. Passagem para um Parente

Caso a família do Segurado opte por fazer o sepultamento no local do evento e, não sendo este o Município de domicílio do Segurado, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem aérea - classe econômica - ou rodoviária, para uma pessoa da família acompanhar o sepultamento.

ix. Preparação do Corpo

O Serviço de Assistência fará a preparação do corpo, se assim a família desejar, que inclui: banho, barba, vestimenta, tamponamento, desodorização, tanatopraxia (aplicação de formol).

x. Registro de Óbito

O Serviço de Assistência efetuará o registro do óbito em cartório, acompanhado de uma pessoa da família, se necessário.

xi. Sepultamento ou Cremação

O Serviço de Assistência providenciará o sepultamento no túmulo ou jazigo, podendo ainda o Segurado ser cremado, caso esta opção tenha sido formalizada em vida, com documentação pertinente.

O Serviço de Assistência não se responsabilizará e não arcará com despesas pela exumação dos corpos que estejam no jazigo quando do sepultamento.

A cremação sempre será de responsabilidade do Serviço de Assistência. Caso o óbito ocorra ou o Segurado resida em Município que não disponha deste serviço, tendo a família optado pela cremação, deverá arcar com o traslado do corpo desde o local do evento até o local da cremação.

xii. Serviço de Retorno ou Repatriamento de Corpo

Em caso de falecimento do Segurado durante viagem, o Serviço de Assistência atenderá às formalidades necessárias para o retorno ou repatriamento do corpo, transportando-o em esquife standard até o Município de domicílio do Segurado.

xiii. Urna ou Caixão

O Serviço de Assistência garante o pagamento da urna ou caixão dentro do valor estipulado contratado.

xiv. Velório

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma sala velatória ou capela, conforme o local.

3.2.1.1 Todas as taxas envolvidas na prestação do Serviço estarão cobertas, respeitando o limite da importância segurada estabelecida na Apólice, e desde que devidamente comprovadas.

3.2.1.2 **Estão limitados os Serviços de Assistência nos seguintes casos:**

- a) **Os serviços não poderão ser prestados enquanto não houver cooperação por parte dos familiares do falecido ou outrem que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Atendimento.**

São considerados dados imprescindíveis ao atendimento, a informação do nome, endereço, CPF ou nº da apólice do Segurado e outros que vierem a se tornar necessários.

- b) **Caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento ou cremação no local do evento, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem para uma pessoa da família e reembolsará os gastos efetuados com o sepultamento ou cremação, até o limite estabelecido na apólice, mediante entrega dos comprovantes originais das respectivas despesas.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além das exclusões relacionadas no item “Riscos Excluídos” da Condição Geral do seguro, estão expressamente excluídos da Cobertura de Assistência Funeral:

- a) **Inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremotos, movimentos sísmicos;**
- b) **Ocorrências de irradiação decorrentes de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade, bem como casos de força maior;**
- c) **Ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves e quaisquer outras perturbações de ordem pública. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar, de atos de humanidade em auxílio de outrem, no exercício legal de prática de esportes ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;**

- d) Suicídio do Segurado cometido dentro dos primeiros 24 meses de Vigência do Seguro, ou da sua recondução depois de suspenso;
- e) Translado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município onde a cremação possa ser efetuada;
- f) Pedidos de assistência durante o período de Carência, estabelecido no item 'Carência' desta Condição Geral;
- g) Aquisição de jazigo;
- h) A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;
- i) Doenças preexistentes à contratação do Seguro que já eram de conhecimento do Segurado e que não foram declaradas na Proposta de Contratação;
- j) Do uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes; e,
- k) Eventos decorrentes de Ato Ilícito doloso praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante de um ou de outro.

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

5.1 Haverá carência de 30 (trinta) dias, cuja contagem será a partir do início de vigência da cobertura, quando contratada, exceto para os casos de acidente.

5.2 Não haverá franquia para a Cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1 O Capital Segurado para esta Cobertura, quando contratada, será expresso na Apólice.

6.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do Segurado.

6.3 Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

7. REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE

7.1 O Prêmio mensal estipulado na data de Início de Vigência do Seguro será aquele estabelecido na Proposta de Contratação, sujeito as alterações decorrentes da mudança de idade do Segurado.

7.2 O Prêmio da Cobertura sofrerá acréscimo, anualmente, em decorrência da mudança de idade do Segurado, conforme tabela a seguir:

Reenquadramento Tarifário % Anual				
Idade	FUNERAL INDIVIDUAL		FUNERAL FAMILIAR	
	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO
17 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
19 anos	6,67%	0,00%	0,48%	1,00%
20 anos	18,75%	8,33%	6,19%	6,93%
21 anos	10,53%	1,54%	1,79%	2,59%
22 anos	9,52%	3,03%	2,64%	3,25%
23 anos	4,35%	-2,94%	-1,29%	-0,52%
24 anos	0,00%	-1,52%	-0,87%	-0,70%
25 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26 anos	4,17%	1,54%	1,32%	1,59%
27 anos	4,00%	0,00%	0,43%	0,87%
28 anos	7,69%	0,00%	0,86%	1,73%
29 anos	7,14%	3,03%	2,56%	3,06%
30 anos	6,67%	4,41%	3,33%	3,62%
31 anos	6,25%	1,41%	1,61%	2,23%
32 anos	5,88%	2,78%	2,38%	2,80%
33 anos	5,56%	2,70%	2,33%	2,72%
34 anos	7,89%	2,63%	2,65%	3,39%
35 anos	7,32%	2,56%	2,58%	3,28%
36 anos	4,55%	3,75%	2,88%	3,03%
37 anos	6,52%	6,02%	4,55%	4,69%
38 anos	6,12%	4,55%	3,68%	3,96%
39 anos	7,69%	3,26%	3,23%	3,94%
40 anos	8,93%	5,26%	4,69%	5,33%
41 anos	13,11%	9,00%	7,76%	8,54%
42 anos	11,59%	10,09%	8,31%	8,70%
43 anos	10,39%	7,50%	6,65%	7,24%
44 anos	9,41%	8,53%	7,19%	7,46%
45 anos	9,68%	8,57%	7,38%	7,69%
46 anos	9,80%	9,87%	8,33%	8,44%
47 anos	11,61%	9,58%	8,65%	9,13%
48 anos	12,00%	11,48%	10,09%	10,31%
49 anos	11,43%	10,29%	9,32%	9,64%
50 anos	10,26%	13,33%	11,18%	10,72%
51 anos	7,56%	10,20%	8,60%	8,18%
52 anos	6,49%	10,32%	8,53%	7,88%
53 anos	6,09%	9,68%	8,08%	7,47%
54 anos	7,18%	6,76%	6,33%	6,45%
55 anos	8,04%	8,82%	8,01%	7,91%
56 anos	8,26%	7,34%	7,05%	7,26%
57 anos	8,02%	8,25%	7,69%	7,68%
58 anos	8,13%	6,10%	6,20%	6,61%
59 anos	8,17%	9,24%	8,49%	8,33%
60 anos	8,16%	7,89%	7,56%	7,64%
61 anos	8,94%	9,23%	8,73%	8,71%
62 anos	8,97%	7,02%	7,16%	7,56%
63 anos	8,00%	8,49%	8,04%	7,97%
64 anos	8,06%	8,93%	8,40%	8,25%
65 anos	7,06%	7,69%	7,28%	7,18%
66 anos	7,72%	7,73%	7,48%	7,50%
67 anos	7,52%	6,41%	6,48%	6,71%
68 anos	8,46%	8,68%	8,39%	8,36%
69 anos	8,10%	7,42%	7,39%	7,54%
70 anos	8,74%	9,45%	9,06%	8,93%

7.3 Após o Segurado completar 71 (setenta e um) anos de idade, o percentual de reajuste será fixado em 11% (onze por cento) ao ano.

7.4 Os Prêmios do seguro para esta cobertura sofrerão alteração, anualmente, pela atualização monetária do capital conforme definido nas Condições Gerais e pela alteração da idade do Segurado.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1 Após o pagamento de indenização da Assistência Funeral, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

8.2 Extingue-se ainda a cobertura:

- a) No final do prazo de vigência, se esta não for renovada, sem restituição dos Prêmios correspondentes ao prazo decorrido;
- b) Por solicitação expressa do Segurado, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice;
- c) Por mútuo consentimento das partes contratantes, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice.
- d) Quando cancelado o seguro devido ao pagamento da Cobertura de Antecipação Especial por Doença, quando contratada.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

9.1 Pedido de Serviço de Assistência

9.1.1 Caso a opção dos familiares não seja pelo reembolso, mas sim pela utilização do serviço de assistência, estes poderão telefonar a cobrar para a Central de Atendimento, fornecendo os seguintes dados:

- a) Nome do Segurado ou CPF;
- b) O local e o número do telefone onde o Serviço de Assistência poderá encontrar os familiares ou representantes do Falecido; e
- c) Os documentos necessários para comprovar a vínculo familiar.

9.1.2 Se a ligação “a cobrar” não for possível, as despesas de comunicações com a Central de Atendimento serão reembolsadas mediante apresentação dos comprovantes originais dos gastos telefônicos.

9.1.3 Os familiares deverão cooperar com o Serviço de Assistência a fim de possibilitar a prestação dos serviços. Caso o Serviço de Assistência necessite do envio de documentos complementares para o cumprimento de eventuais formalidades, referidas despesas serão custeadas pela prestadora.

9.2 Pedido de Reembolso

9.2.1 Em caso de falecimento do Segurado, o pedido de reembolso deverá ser requerido diretamente à Porto Seguro, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Nota (s) fiscal (is) original (is), correspondente (s) aos gastos relativos ao funeral constando o discriminativo dos serviços prestados;
- b) Cópias simples do CPF e RG do custeador e do Segurado;
- c) Cópia autenticada da certidão de óbito do Falecido;
- d) Em caso de óbito do familiar, apresentar a comprovação do vínculo familiar (certidão de casamento/nascimento);
- e) Autorização para crédito em conta corrente informando dados de própria titularidade, no caso de eventual pagamento em nome do custeador das despesas;
- f) Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais.

9.2.2 O reembolso das despesas será único e limitado ao valor contratado, conforme indicado na Apólice, desde que estejam devidamente comprovadas.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – Plano Básico

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de sobrevivência do segurado 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico de uma das doenças cobertas ou da realização de um procedimento médico coberto, ambos descritos nesta Condição Especial.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Desde que contratada, a Cobertura de Doenças Graves – Plano Básico, garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na Apólice de seguro, em caso de diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos, de uma das doenças relacionadas a seguir, diagnosticada durante a vigência do seguro.

3.2. **IMPORTANTE:**

- i. **O diagnóstico deverá ter sido constatado pela primeira vez após a data de início de vigência da cobertura.**
- ii. **Somente estarão cobertos os diagnósticos ocorridos durante a vigência do seguro, desde que cumprido o prazo de Carência de 90 (noventa) dias desta cobertura para todas as doenças relacionadas, exceto Esclerose Múltipla, cujo prazo de carência é de 180 (cento e oitenta) dias e, somente se, o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do primeiro diagnóstico.**
- iii. **Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Porto Seguro. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave.**
- iv. **Paga a indenização em decorrência do diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nestas Condições Especiais, a cobertura será automaticamente cancelada.**
- v. **QUANDO O SEGURADO ATINGIR 70 (SETENTA) ANOS DE IDADE ESTA COBERTURA SERÁ AUTOMATICAMENTE EXCLUÍDA DA APÓLICE.**

3.3. **Doenças Cobertas:**

- i. **Vascular Encefálico (Derrame):** morte de tecido encefálico devido a evento encefalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoide), ou embolia originada em uma fonte extracraniana com:

- Instalação aguda de novos sintomas neurológicos, e
- Constatação de novos déficits neurológicos objetivos no exame clínico.

O déficit neurológico deve persistir por mais de 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

- ii. **Câncer:** tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolada de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo.

Exceto se houver exclusão específica, a definição de câncer também inclui leucemia, linfoma maligno e síndrome mielodisplásica.

- iii. **Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass):** Submeter-se à cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com o implante de enxertos/pontes vasculares (bypass). Cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia) estão cobertos.

A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.

- iv. **Infarto Agudo do Miocárdio:** é a morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto agudo do miocárdio se baseia no comportamento (elevação e/ou queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio, em associação com pelo menos dois dos seguintes critérios:

- Sintomas de isquemia (p.ex. dor torácica)
- Alterações no eletrocardiograma (ECG) indicativas de isquemia recente (mudanças recentes ST - T ou novo bloqueio de ramo esquerdo)
- Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico cardiologista.

- v. **Insuficiência Renal Terminal:** é a etapa final de diversas doenças renais. É caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

- vi. **Transplantes de Órgãos:** Procedimento cirúrgico em que o Segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante

parcial), pâncreas, rim, intestino delgado (inclui transplante parcial) ou medula óssea. **O transplante parcial ou total da face, mão, braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta definição.**

Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído.

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

- vii. Cirurgia da Aorta:** realização de cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecação da aorta. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular, 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.

- viii. Cirurgia das Valvas Cardíacas:** realização de cirurgia cardíaca para substituição ou reparo de uma ou mais valvas cardíacas (mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar).

A definição abrange os seguintes procedimentos à tórax aberto e endovasculares: esternotomia total, esternotomia parcial, toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por catéter, implante transcáteter de prótese valvar aórtica (TAVI).

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.

- ix. Esclerose Múltipla:** diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, e embasado por todos os seguintes critérios:

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

- x. Doença de Alzheimer:** diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer que deve atender a todos os seguintes critérios:

- 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.
- Alteração da personalidade.

- Início gradual e declínio progressivo da função cognitiva.
- Ausência de distúrbio da consciência.
- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por ex. tomografia).
- A doença terá de exigir supervisão constante (24h) de terceiros. O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão constante devem ser confirmados por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. A cobertura de Doenças Graves – Plano Básico, não cobrirá nenhuma doença grave relacionada nesta Condição Especial quando estas forem de eventos relacionados nos itens “Riscos Excluídos” ou “Perda de Direto ao Capital Segurado” da Condição Geral do seguro.

4.2. Também estão expressamente excluídos da Cobertura de Doenças Graves – Plano Básico, os diagnósticos a seguir:

i. Acidente Vascular Encefálico (Derrame):

- Ataque isquêmico transitório (TIA) e déficit neurológico isquêmico reversível prolongado (PRIND);
- Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos; hemorragias encefálicas pós-operatórias
- Déficits neurológicos decorrentes de hipóxia, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou procedimentos médicos;
- Achados de imagem incidentais (CT ou RNM) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVE silencioso).

ii. Câncer:

- Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não-invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intra-epitelial cervical –NIC-1, NIC-2 e NIC-3).
- Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 ou estadiamento menos avançado que T2,N0,M0.
- Leucemia linfocítica (ou linfóide) crônica – LLC no estágio A de Binet.
- Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno estágio IA (T1a,N0,M0).
- Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1,N0,M0.
- Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta.
- Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial
- Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.
- Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori.
- Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010.
- Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia.
- Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia.

- Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estágio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

iii. Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass):

- Angioplastia coronariana ou colocação de Stent.

iv. Infarto Agudo do Miocárdio:

- Síndrome coronariana aguda (angina estável ou instável).
- Elevação da troponina sem relação clara com cardiopatia isquêmica (p. ex. miocardite, aneurisma apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, intoxicação medicamentosa).
- Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais, ou causado por vasoespasma coronariano, ponte miocárdica ou uso de drogas.
- Infarto do miocárdio que ocorra até 14 dias após angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio.

v. Insuficiência Renal Terminal:

- Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.

vi. Transplantes de Órgãos:

- Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano.
- Transplantes com órgão de animais, não humanos.
- Autotransplantes (medula, mãos etc.).
- Transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados.
- Transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas).
- Transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.

vii. Cirurgia da Aorta:

- Cirurgia de qualquer ramo da aorta torácica ou abdominal (incluindo enxertos de bypass aorto-femoral e aorto-ilíaco).
- Cirurgia da aorta relacionada com o doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por ex. síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers–Danlos).
- Cirurgia após lesão traumática da aorta.

viii. Cirurgia das Valvas Cardíacas:

- Clipagem da valva mitral transcáteter.

ix. Esclerose Múltipla:

- Possível esclerose múltipla e síndromes neurológicas ou radiológicas isoladas que sejam sugestivas, mas não diagnósticas, de esclerose múltipla.
- Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas.

x. Doença de Alzheimer:

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

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

5.1. Haverá carência de 180 (cento e oitenta dias) para o diagnóstico de Esclerose Múltipla e de 90 (noventa) dias para as demais doenças ou procedimentos da cobertura de Doenças Graves – Plano Básico, cuja contagem será a partir do início de vigência do seguro.

5.1.1. Quando for solicitado aumento de Capital Segurado para esta Cobertura, haverá novo cumprimento de Carência, exclusivamente à parte aumentada, cuja contagem inicia-se a partir do Início de Vigência do endosso ao seguro.

5.1.2. As Carências mencionadas nos itens 5.1 e 5.1.1 não se aplicam quando houver Renovação do seguro.

5.2. Não haverá Franquia para esta Cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura, quando contratada, será expresso na Apólice.

6.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da declaração médica do diagnóstico.

6.3. Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

7. REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE

7.1. O Prêmio mensal estipulado na data de Início de Vigência do Seguro será aquele estabelecido na Proposta de Contratação, sujeito as alterações decorrentes da mudança de idade do Segurado.

7.2. O Prêmio da Cobertura sofrerá acréscimo, anualmente, em decorrência da mudança de idade do Segurado, conforme tabela a seguir:

Reenquadramento Tarifário % Anual					
COBERTURA DOENÇAS GRAVES - Plano Básico					
Idade	FEMININO	MASCULINO	Idade	FEMININO	MASCULINO
17 anos	0,00%	0,00%	44 anos	7,56%	7,41%
18 anos	0,00%	0,00%	45 anos	7,03%	7,76%
19 anos	2,94%	3,70%	46 anos	6,20%	7,60%
20 anos	5,71%	7,14%	47 anos	5,50%	7,43%
21 anos	5,41%	3,33%	48 anos	6,51%	12,11%
22 anos	5,13%	6,45%	49 anos	6,12%	10,80%
23 anos	4,88%	3,03%	50 anos	6,05%	10,03%
24 anos	4,65%	5,88%	51 anos	9,78%	12,66%
25 anos	4,44%	2,78%	52 anos	9,65%	12,13%
26 anos	10,64%	10,81%	53 anos	7,67%	12,02%
27 anos	11,54%	9,76%	54 anos	7,97%	11,27%
28 anos	20,69%	11,11%	55 anos	7,57%	10,45%
29 anos	18,57%	14,00%	56 anos	7,04%	9,46%
30 anos	16,87%	12,28%	57 anos	6,41%	8,64%
31 anos	11,34%	9,38%	58 anos	8,87%	12,73%
32 anos	11,11%	10,00%	59 anos	8,30%	11,40%
33 anos	7,50%	9,09%	60 anos	7,80%	10,62%
34 anos	7,75%	9,52%	61 anos	7,73%	9,96%
35 anos	7,19%	9,78%	62 anos	7,87%	9,54%
36 anos	6,04%	8,91%	63 anos	6,97%	10,97%
37 anos	6,33%	8,18%	64 anos	7,82%	10,74%
38 anos	6,55%	13,45%	65 anos	9,06%	10,91%
39 anos	5,59%	12,59%	66 anos	10,45%	11,25%
40 anos	6,35%	11,84%	67 anos	11,94%	11,77%
41 anos	3,98%	8,82%	68 anos	13,99%	11,41%
42 anos	4,78%	8,65%	69 anos	14,29%	11,63%
43 anos	8,68%	7,46%	70 anos	-	-

7.3. Os Prêmios do seguro para esta cobertura sofrerão alteração, anualmente, pela atualização monetária do capital conforme definido nas Condições Gerais e pela alteração da idade do Segurado.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Após o pagamento de indenização por Doença Grave ou procedimento coberto, ficará a presente cobertura cancelada e sem mais nenhum efeito.

8.2. Quando o segurado atingir 70 (setenta) anos de idade esta cobertura será automaticamente cancelada.

8.3. Extingue-se ainda a cobertura:

-
- a) No final do prazo de vigência, se esta não for renovada, sem restituição dos Prêmios correspondentes ao prazo decorrido;
 - b) Por solicitação expressa do Segurado, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice;
 - c) Por mútuo consentimento das partes contratantes, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

9.1. Para o pagamento da indenização da cobertura de Doenças Graves, os documentos básicos necessários são:

- a) “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, e que confirmem o quadro clínico;
- c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples);
- d) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento;
- e) Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – Plano Ampliado

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de sobrevivência do segurado 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico de uma das doenças cobertas ou da realização de um procedimento médico coberto, ambos descritos nesta Condição Especial.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Desde que contratada, a Cobertura de Doenças Graves – Plano Ampliado, garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na Apólice de seguro, em caso de diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos, de uma das doenças relacionadas a seguir, diagnosticada durante a vigência do seguro.

3.2. **IMPORTANTE:**

- i. **O diagnóstico deverá ter sido constatado pela primeira vez após a data de início de vigência da cobertura.**
- ii. **Somente estarão cobertos os diagnósticos ocorridos durante a vigência do seguro, desde que cumprido o prazo de Carência de 90 (noventa) dias desta cobertura para todas as doenças relacionadas, exceto Esclerose Múltipla, cujo prazo de carência é de 180 (cento e oitenta) dias e, somente se, o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do primeiro diagnóstico.**
- iii. **Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Porto Seguro. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave.**
- iv. **Paga a indenização em decorrência do diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nestas Condições Especiais, a cobertura será automaticamente cancelada.**
- v. **QUANDO O SEGURADO ATINGIR 70 (SETENTA) ANOS DE IDADE ESTA COBERTURA SERÁ AUTOMATICAMENTE EXCLUÍDA DA APÓLICE.**

3.3. **Doenças e Procedimentos Cobertos:**

- i. **Vascular Encefálico (Derrame):** morte de tecido encefálico devido a evento encefalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoide), ou embolia originada em uma fonte extracraniana com:

- Instalação aguda de novos sintomas neurológicos, e
- Constatação de novos déficits neurológicos objetivos no exame clínico.

O déficit neurológico deve persistir por mais de 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

- ii. **Câncer:** tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolada de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo.

Exceto se houver exclusão específica, a definição de câncer também inclui leucemia, linfoma maligno e síndrome mielodisplásica.

- iii. **Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass):** Submeter-se à cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com o implante de enxertos/pontes vasculares (bypass). Cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia) estão cobertos.

A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.

- iv. **Infarto Agudo do Miocárdio:** é a morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto agudo do miocárdio se baseia no comportamento (elevação e/ou queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio, em associação com pelo menos dois dos seguintes critérios:

- Sintomas de isquemia (p.ex. dor torácica)
- Alterações no eletrocardiograma (ECG) indicativas de isquemia recente (mudanças recentes ST - T ou novo bloqueio de ramo esquerdo)
- Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico cardiologista.

- v. **Insuficiência Renal Terminal:** é a etapa final de diversas doenças renais. É caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

- vi. **Transplantes de Órgãos:** Procedimento cirúrgico em que o Segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante

parcial), pâncreas, rim, intestino delgado (inclui transplante parcial) ou medula óssea. **O transplante parcial ou total da face, mão, braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta definição.**

Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído.

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

- vii. Cirurgia da Aorta:** realização de cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecação da aorta. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular, 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.

- viii. Cirurgia das Valvas Cardíacas:** realização de cirurgia cardíaca para substituição ou reparo de uma ou mais valvas cardíacas (mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar).

A definição abrange os seguintes procedimentos à tórax aberto e endovasculares: esternotomia total, esternotomia parcial, toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por catéter, implante transcáteter de prótese valvar aórtica (TAVI).

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.

- ix. Esclerose Múltipla:** diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, e embasado por todos os seguintes critérios:

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

- x. Doença de Alzheimer:** diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer que deve atender a todos os seguintes critérios:

- 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.
- Alteração da personalidade.

- Início gradual e declínio progressivo da função cognitiva.
- Ausência de distúrbio da consciência.
- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por ex. tomografia).
- A doença terá de exigir supervisão constante (24h) de terceiros. O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão constante devem ser confirmados por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

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

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

O diagnóstico deve ser feito por médico otorrinolaringologista, evidenciado por exames audiológicos e aceito pelas sociedades médico-científicas especializada como por exemplo, audiograma, BERA – Audiometria de Tronco Cerebral, emissão otoacústica.

xii. Perda Total da Fala: Perda total e irreversível da capacidade de falar causada por Acidente Pessoal coberto ou doença que afete diretamente a laringe ou os seus nervos, comprometendo a função das pregas vocais. estabelecida por um período contínuo de 6 (seis) meses.

Por perda total, entende-se a incapacidade de compreensão da maior parte das palavras emitidas (por exemplo: voz muito rouca, voz com volume irregular, fala arrastada, ritmo irregular ou anormal da fala).

Por perda irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 180 dias após a data do diagnóstico.

As causas psiquiátricas são excluídas.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (otorrinolaringologista ou cirurgião de cabeça e pescoço) e embasado por exames especializados.

xiii. Perda Total da Visão (Cegueira): Perda irreversível, total ou quase total, da visão de ambos os olhos causada por Acidente Pessoal coberto ou doença, obedecendo aos seguintes critérios:

- acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível; ou
- campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.

O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, feito por oftalmologista e evidenciado por exames específicos.

- xiv. **Embolia Pulmonar ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP):** 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.

Haverá cobertura para embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.

- xv. **Paralisia de Membros:** Perda total, completa e irreversível da função motora muscular e sensitiva de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia, triplegia, tetraplegia), decorrente de Acidente Pessoal coberto ou doença que afete a medula espinhal ou o encéfalo.

Por paralisia total, entende-se força muscular grau 0 (ausência de contração muscular) ou grau 1 (discreta contratilidade, sem movimento da articulação), conforme classificação de força muscular do MRC – Medical Research Council.

Por paralisia completa, entende-se que a paralisia motora deve afetar todo o membro (superior ou inferior) e não apenas parte deste. Por paralisia irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante da paralisia motora com qualquer tratamento.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 90 dias após a data do diagnóstico.

- xvi. **Doença de Parkinson:** Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários).

Haverá cobertura para a Doença de Parkinson devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares, sendo diagnosticadas alterações motoras, sintomas de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

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

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. A cobertura de Doenças Graves – Plano Ampliado não cobrirá nenhuma doença grave ou procedimento relacionada nesta Condição Especial quando estes forem decorrentes de eventos relacionados nos itens “Riscos Excluídos” ou “Perda de Direto ao Capital Segurado” da Condição Geral do seguro.

4.2. Também estão expressamente excluídos da Cobertura de Doenças Graves – Plano Ampliado, os diagnósticos a seguir:

i. Acidente Vascular Encefálico (Derrame):

- Ataque isquêmico transitório (TIA) e déficit neurológico isquêmico reversível prolongado (PRIND);
- Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos; hemorragias encefálicas pós-operatórias
- Déficits neurológicos decorrentes de hipóxia, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou procedimentos médicos;
- Achados de imagem incidentais (CT ou RNM) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVE silencioso).

ii. Câncer:

- Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não-invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intra-epitelial cervical –NIC-1, NIC-2 e NIC-3).
- Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 ou estadiamento menos avançado que T2,N0,M0.
- Leucemia linfocítica (ou linfóide) crônica – LLC no estágio A de Binet.
- Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno estágio IA (T1a,N0,M0).
- Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1,N0,M0.
- Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta.
- Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial
- Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.
- Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori.
- Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010.
- Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia.
- Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia.
- Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estágio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

iii. Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass):

- Angioplastia coronariana ou colocação de Stent.

iv. Infarto Agudo do Miocárdio:

- Síndrome coronariana aguda (angina estável ou instável).

- Elevação da troponina sem relação clara com cardiopatia isquêmica (p. ex. miocardite, aneurisma apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, intoxicação medicamentosa).
- Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais, ou causado por vasoespasmismo coronariano, ponte miocárdica ou uso de drogas.
- Infarto do miocárdio que ocorra até 14 dias após angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio.

v. Insuficiência Renal Terminal:

- Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.

vi. Transplantes de Órgãos:

- Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano.
- Transplantes com órgão de animais, não humanos.
- Autotransplantes (medula, mãos etc.).
- Transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados.
- Transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas).
- Transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.

vii. Cirurgia da Aorta:

- Cirurgia de qualquer ramo da aorta torácica ou abdominal (incluindo enxertos de bypass aorto-femoral e aorto-ilíaco).
- Cirurgia da aorta relacionada com o doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por ex. síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers–Danlos).
- Cirurgia após lesão traumática da aorta.

viii. Cirurgia das Valvas Cardíacas:

- Clipagem da valva mitral transcáteter.

ix. Esclerose Múltipla:

- Possível esclerose múltipla e síndromes neurológicas ou radiológicas isoladas que sejam sugestivas, mas não diagnósticas, de esclerose múltipla.
- Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas.

x. Doença de Alzheimer:

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

xi. Perda Total da Audição

- Surdez de origem central (sistema nervoso central).

xii. Perda Total da Fala

- Perda da capacidade de falar psicogênica / psiquiátrica ou decorrente de lesões ou doenças no sistema nervoso central.
- Mudança de tom, na produção e na qualidade da voz (disfonia, rouquidão)
- Perdas temporárias da voz de corrente de Acidente Pessoal coberto ou doença.

xiii. Perda Total da Visão (Cegueira)

- Cegueira de origem central (sistema nervoso central).

xiv. Embolia Pulmonar ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP)

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

xv. Paralisia de Membros:

- Perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias);
- Quaisquer danos que sejam auto-infligidos;
- Paralisia provocada por Síndrome de Gullain-Barré;
- Paralisias hereditárias ou congênitas;
- Paralisias provocadas por distúrbios psiquiátricos ou psicológicos;
- Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória.

xvi. Doença de Parkinson:

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

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

5.1. Haverá carência de 180 (cento e oitenta dias) para o diagnóstico de Esclerose Múltipla e de 90 (noventa) dias para as demais doenças ou procedimentos da cobertura de Doenças Graves – Plano Ampliado, cuja contagem será a partir do início de vigência do seguro.

5.1.1. Quando for solicitado aumento de Capital Segurado para esta Cobertura, haverá novo cumprimento de Carência, exclusivamente à parte aumentada, cuja contagem inicia-se a partir do Início de Vigência do endosso ao seguro.

5.1.2. As Carências mencionadas nos itens 5.1 e 5.1.1 não se aplicam quando houver Renovação do seguro.

5.2. Não haverá Franquia para esta Cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura, quando contratada, será expresso na Apólice.

6.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da declaração médica do diagnóstico.

6.3. Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

7. REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE

7.1. O Prêmio mensal estipulado na data de Início de Vigência do Seguro será aquele estabelecido na Proposta de Contratação, sujeito as alterações decorrentes da mudança de idade do Segurado.

7.2. O Prêmio da Cobertura sofrerá acréscimo, anualmente, em decorrência da mudança de idade do Segurado, conforme tabela a seguir:

Reenquadramento Tarifário % Anual					
COBERTURA DOENÇAS GRAVES - Plano Ampliado					
Idade	FEMININO	MASCULINO	Idade	FEMININO	MASCULINO
17 anos	0,00%	0,00%	44 anos	8,56%	8,46%
18 anos	0,00%	0,00%	45 anos	7,88%	8,32%
19 anos	3,59%	3,81%	46 anos	7,11%	7,89%
20 anos	4,91%	5,03%	47 anos	6,45%	7,49%
21 anos	4,68%	3,62%	48 anos	6,91%	9,72%
22 anos	4,34%	4,62%	49 anos	6,41%	8,79%
23 anos	4,29%	3,10%	50 anos	6,24%	8,25%
24 anos	4,23%	4,40%	51 anos	8,33%	9,64%
25 anos	3,94%	2,99%	52 anos	8,70%	9,72%
26 anos	7,14%	6,14%	53 anos	7,40%	9,54%
27 anos	7,60%	5,88%	54 anos	7,44%	9,11%
28 anos	12,97%	6,32%	55 anos	7,11%	8,61%
29 anos	12,34%	7,84%	56 anos	8,27%	9,43%
30 anos	11,75%	7,35%	57 anos	7,60%	8,69%
31 anos	8,46%	5,99%	58 anos	8,87%	10,97%
32 anos	8,24%	6,17%	59 anos	8,30%	9,96%
33 anos	5,93%	5,81%	60 anos	7,81%	9,40%
34 anos	6,09%	6,14%	61 anos	5,20%	6,68%
35 anos	5,74%	6,40%	62 anos	5,38%	6,57%
36 anos	8,95%	12,09%	63 anos	4,90%	7,71%
37 anos	8,71%	11,00%	64 anos	5,50%	7,74%
38 anos	8,67%	13,35%	65 anos	6,35%	8,00%
39 anos	7,64%	12,39%	66 anos	7,35%	8,48%
40 anos	8,02%	11,43%	67 anos	8,64%	9,04%
41 anos	7,94%	11,80%	68 anos	10,27%	9,00%
42 anos	7,54%	10,17%	69 anos	10,77%	9,32%
43 anos	9,60%	9,07%	70 anos	-	-

7.3. Os Prêmios do seguro para esta cobertura sofrerão alteração, anualmente, pela atualização monetária do capital conforme definido nas Condições Gerais e pela alteração da idade do Segurado.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Após o pagamento de indenização por Doença Grave ou procedimento coberto, ficará a presente cobertura cancelada e sem mais nenhum efeito.

8.2. Quando o segurado atingir 70 (setenta) anos de idade esta cobertura será automaticamente cancelada.

8.3. Extingue-se ainda a cobertura:

- a) No final do prazo de vigência, se esta não for renovada, sem restituição dos Prêmios correspondentes ao prazo decorrido;
- b) Por solicitação expressa do Segurado, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice;
- c) Por mútuo consentimento das partes contratantes, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

9.1. Para o pagamento da indenização da cobertura de Doenças Graves, os documentos básicos necessários são:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, e que confirmem o quadro clínico;
- c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples);
- d) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento;
- e) Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de sobrevivência do segurado 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico de Câncer conforme descritos nesta Condição Especial.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Desde que contratada, a Cobertura de Diagnóstico de Câncer, garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na Apólice de seguro, em caso de diagnóstico de câncer comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos, diagnosticado durante a vigência do seguro.

- 3.2. **Para fins desta cobertura, entende-se por Câncer:** tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolada de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo.

- 3.2.1. Exceto se houver exclusão específica, a definição de câncer também inclui leucemia, linfoma maligno e síndrome mielodisplásica.

3.3. **IMPORTANTE:**

- vi. **O diagnóstico deverá ter sido constatado pela primeira vez após a data de início de vigência da cobertura.**
- vii. **Somente estarão cobertos o diagnóstico ocorrido durante a vigência do seguro, desde que cumprido o prazo de Carência de 90 (noventa) dias desta cobertura e, somente se, o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do diagnóstico.**
- viii. **Paga a indenização em decorrência do diagnóstico de Câncer descrito nestas Condições Especiais, a cobertura será automaticamente cancelada.**
- ix. **QUANDO O SEGURADO ATINGIR 70 (SETENTA) ANOS DE IDADE ESTA COBERTURA SERÁ AUTOMATICAMENTE EXCLUÍDA DA APÓLICE.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. A Cobertura de Diagnóstico de Câncer não cobre eventos decorrentes de:
- i. Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não-invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intra-epitelial cervical –NIC-1, NIC-2 e NIC-3).
 - ii. Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 ou estadiamento menos avançado que T2,N0,M0.

- iii. Leucemia linfocítica (ou linfóide) crônica – LLC no estágio A de Binet.
- iv. Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno estágio IA (T1a,N0,M0).
- v. Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1,N0,M0.
- vi. Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta.
- vii. Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial
- viii. Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.
- ix. Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori.
- x. Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010.
- xi. Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia.
- xii. Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia.
- xiii. Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estágio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

4.2. A cobertura de Diagnóstico de Câncer também não cobre eventos relacionados decorrentes de eventos relacionados nos itens “Riscos Excluídos” ou “Perda de Direto ao Capital Segurado” da Condição Geral do seguro.

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

5.1. Haverá carência de 90 (noventa) dias para a Cobertura de Diagnóstico de Câncer, cuja contagem será a partir do início de vigência do seguro.

5.1.1. Quando for solicitado aumento de Capital Segurado para esta Cobertura, haverá novo cumprimento de Carência, exclusivamente à parte aumentada, cuja contagem inicia-se a partir do Início de Vigência do endosso ao seguro.

5.1.2. As Carências mencionadas nos itens 5.1 e 5.1.1 não se aplicam quando houver Renovação do seguro.

5.2. Não haverá Franquia para esta Cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura, quando contratada, será exposto na Apólice.

6.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da declaração médica do diagnóstico.

6.3. Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

7. REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE

7.1. O Prêmio mensal estipulado na data de Início de Vigência do Seguro será aquele estabelecido na Proposta de Contratação, sujeito as alterações decorrentes da mudança de idade do Segurado.

7.2. O Prêmio da Cobertura sofrerá acréscimo, anualmente, em decorrência da mudança de idade do Segurado, conforme tabela a seguir:

Reenquadramento Tarifário % Anual					
COBERTURA DIAGNÓSTICO DE CÂNCER					
Idade	FEMININO	MASCULINO	Idade	FEMININO	MASCULINO
17 anos	0,00%	0,00%	44 anos	8,06%	7,51%
18 anos	0,00%	0,00%	45 anos	7,02%	7,53%
19 anos	4,00%	5,26%	46 anos	6,15%	7,50%
20 anos	7,69%	5,00%	47 anos	5,41%	7,44%
21 anos	7,14%	4,76%	48 anos	6,59%	12,12%
22 anos	3,33%	4,55%	49 anos	6,19%	10,81%
23 anos	6,45%	4,35%	50 anos	6,15%	10,10%
24 anos	3,03%	4,17%	51 anos	4,57%	3,16%
25 anos	5,88%	4,00%	52 anos	9,91%	11,96%
26 anos	19,44%	11,54%	53 anos	7,69%	12,05%
27 anos	11,63%	10,34%	54 anos	7,88%	11,49%
28 anos	20,83%	12,50%	55 anos	7,53%	10,31%
29 anos	18,97%	13,89%	56 anos	6,37%	9,54%
30 anos	26,09%	24,39%	57 anos	6,39%	8,71%
31 anos	11,49%	9,80%	58 anos	8,82%	12,69%
32 anos	10,31%	8,93%	59 anos	8,28%	11,41%
33 anos	7,48%	9,84%	60 anos	7,80%	10,64%
34 anos	7,83%	10,45%	61 anos	4,43%	7,93%
35 anos	6,45%	9,46%	62 anos	7,78%	9,58%
36 anos	6,82%	8,64%	63 anos	6,96%	10,87%
37 anos	6,38%	7,95%	64 anos	7,85%	10,82%
38 anos	6,00%	13,68%	65 anos	9,10%	10,92%
39 anos	6,29%	12,96%	66 anos	6,88%	14,24%
40 anos	5,92%	11,48%	67 anos	11,90%	11,81%
41 anos	3,91%	8,82%	68 anos	14,04%	11,38%
42 anos	4,84%	8,78%	69 anos	14,30%	11,64%
43 anos	8,21%	7,45%	70 anos	-	-

7.3. Os Prêmios do seguro para esta cobertura sofrerão alteração, anualmente, pela atualização monetária do capital conforme definido nas Condições Gerais e pela alteração da idade do Segurado.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Após o pagamento de indenização por Diagnóstico de Câncer, ficará a presente cobertura cancelada e sem mais nenhum efeito.

8.2. Quando o segurado atingir 70 (setenta) anos de idade esta cobertura será automaticamente cancelada.

8.3. Extingue-se ainda a cobertura:

- a) No final do prazo de vigência, se esta não for renovada, sem restituição dos Prêmios correspondentes ao prazo decorrido;
- b) Por solicitação expressa do Segurado, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice;
- c) Por mútuo consentimento das partes contratantes, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

9.1. Para o pagamento da indenização da cobertura de Diagnóstico de Câncer, os documentos básicos necessários são:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, e que confirmem o quadro clínico;
- c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples);
- d) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento;
- e) Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1.** Esta cobertura tem por objetivo realizar o pagamento de um Capital Segurado, mediante reembolso, relativo à Cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, devidamente comprovadas, limitado ao valor contratado, decorrentes de acidente coberto.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1.** Desde que contratada, a Cobertura cobre as Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas do Segurado, decorrentes de acidente pessoal coberto, efetuadas exclusivamente para seu tratamento, desde que iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do evento, sob orientação médica, incluindo diárias hospitalares necessárias para o restabelecimento do Segurado.

3.2. IMPORTANTE:

- i. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que sejam profissionais habilitados.
- ii. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do Médico Assistente.
- iii. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de Cobertura contratada, à época da ocorrência do Sinistro.
- iv. A reintegração do Capital Segurado desta Cobertura é automática após cada Evento Coberto, sem a cobrança de Prêmio adicional.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Não estão cobertas as Despesas Médicas, Hospitalares Odontológicas do Segurado decorrentes de:**
- i. Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes; e
 - ii. Aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses ou órteses implantadas pela primeira vez.

4.2. A Cobertura por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas também não cobre eventos relacionados no item “ Riscos Excluídos”, ou no item “Perda de Direito ao Capital Segurado”, da Condição Geral do seguro.

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

5.1. Não haverá carência ou franquia para esta cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura, quando contratada, será exposto na Apólice.

6.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6.3. Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

7. REAJUSTE DE PRÊMIO POR IDADE

7.1. Não haverá alteração de prêmio em decorrência da mudança de idade do Segurado para esta Cobertura.

7.2. Os Prêmios do seguro para esta cobertura sofrerão alteração, anualmente, pela atualização monetária do capital conforme definido nas Condições Gerais do seguro.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Extingue-se ainda a cobertura:

- a) No final do prazo de vigência, se esta não for renovada, sem restituição dos Prêmios correspondentes ao prazo decorrido;
- b) Por solicitação expressa do Segurado, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice;
- c) Por mútuo consentimento das partes contratantes, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

9.1. Para o pagamento da indenização da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, os documentos básicos necessários são:

- a) “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente, com firma reconhecida;
- c) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples).
- d) Originais de todos os comprovantes de despesas médicas e hospitalares;
- e) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso (cópia simples).

-
- f) Boletim de Ocorrência Policial se for o caso (cópia simples).
 - g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quanto se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo (cópia simples).
 - h) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento.
 - i) Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais pessoa física.

9.2. A comprovação das Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do Médico Assistente, discriminando o tratamento realizado e o material utilizado.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo, quando contratada, garantir o pagamento de Diárias por Internação Hospitalar ao próprio Segurado que por motivo de tratamento clínico ou cirúrgico, decorrente de acidente pessoal coberto, venha a ficar internado por determinação médica.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Desde que contratada a cobertura, estão cobertas as diárias por internação hospitalar do Segurado, por motivo de tratamento clínico ou cirúrgico que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, desde que decorrentes de acidente pessoal coberto limitado ao valor contratado para a cobertura e respeitado o prazo de franquia prevista nesta Condição Especial.
- 3.2. Esta cobertura não abrange as despesas decorrentes da internação hospitalar.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **Não estão cobertos os pagamentos de Diárias por Internação Hospitalar decorrentes de doença ou decorrentes de acidente se este for em consequência de eventos mencionados no item, 'Riscos Excluídos', ou no item, 'Perda de Direito ao Capital Segurado', da Condição Geral deste seguro.**

4.2. IMPORTANTE:

- i. **Esta cobertura não abrange as despesas decorrentes da internação hospitalar.**
- II. **Em caso de sinistro não haverá reintegração do limite máximo do capital segurado.**

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 5.1. Haverá franquia de um dia de internação hospitalar, para cada evento coberto, contados a partir da data da internação hospitalar por determinação médica.
- 5.2. Não haverá carência para a cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O Capital Segurado para esta cobertura, quando contratada, será expresso na Apólice.
- 6.2. O número máximo de diárias a serem pagas durante a vigência do seguro, para esta Cobertura, será de até 180 (cento e oitenta) diárias, devendo ser respeitada a quantidade de diárias definida na proposta de contratação.

6.2.1. IMPORTANTE:

- i. Não haverá o acúmulo de diárias durante um mesmo período, mesmo que haja mais de um evento que gere a internação hospitalar.
- ii. O limite de diárias durante a vigência do seguro é de 180 (cento e oitenta) diárias e caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, a soma das diárias não poderão ultrapassar 180 (cento e oitenta) diárias.
- iii. Nos casos em que o Segurado permanecer internado em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de Diárias por Internação Hospitalar que faltarem para completar o limite de 180 (cento e oitenta) diárias, correspondente à vigência anterior, respeitado o exposto no subitem anterior. Nos casos em que a internação for decorrente de um novo evento, o limite de diárias será o da nova vigência da Apólice, ou seja, 180 (cento e oitenta) diárias.

6.3. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6.4. Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6.4.1. Quando a internação hospitalar for superior a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Porto Seguro, mediante relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo representante ou alguém por ele indicado, a cada 15 (quinze) dias.

7. REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE

7.1. Não haverá alteração de prêmio em decorrência da mudança de idade do Segurado para esta Cobertura.

7.2. Os Prêmios do seguro para esta cobertura sofrerão alteração, anualmente, pela atualização monetária do capital conforme definido nas Condições Gerais do seguro.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar se extingue com o esgotamento das diárias para cada ano de vigência do Seguro.

8.2. Extingue-se ainda a cobertura:

- a) No final do prazo de vigência, se esta não for renovada, sem restituição dos Prêmios correspondentes ao prazo decorrido;
- b) Por solicitação expressa do Segurado, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice;
- c) Por mútuo consentimento das partes contratantes, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

9.1. Para o pagamento da indenização da cobertura de Diária de Internação Hospitalar, os documentos básicos necessários são:

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido pelo Segurado ou representante;
- b) Prontuário médico comprovando a internação hospitalar completo;
- c) Relatório de procedimento de internação com a descrição do tratamento, prognóstico e alta médica definitiva;
- d) Exames realizados;
- e) RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia simples);
- f) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento;
- g) Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais.

9.2. A Porto Seguro efetuará o pagamento das diárias a que o Segurado tiver direito, de acordo com o período de internação hospitalar, desde que assim justificadas por relatório médico e exames complementares ou auditoria médica, respeitando-se o capital segurado e o limite de diárias contratado, conforme previsto na proposta de contratação.

9.3. Estando caracterizada a internação hospitalar nos termos desta Condição Especial, a Porto Seguro efetuará o pagamento de diárias por internação hospitalar de acordo com o valor estabelecido na proposta de contratação, conforme segue:

9.3.1. Nos casos em que o período de internação hospitalar não superar 30 (trinta) dias, a Porto Seguro providenciará um único pagamento correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu internado, a contar do 2º (segundo) dia da internação hospitalar até a sua alta médica.

9.3.2. Quando a internação hospitalar for superior a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Porto Seguro, mediante relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo representante ou alguém por ele indicado, a cada 15 (quinze) dias.

9.3.2.1. Após o recebimento do relatório médico atualizado, a Porto Seguro efetuará o pagamento de diárias por internação hospitalar correspondente ao período em que o Segurado estiver internado, a contar do último pagamento efetuado pela Porto Seguro, até a alta médica.

9.4. Em caso de morte ou invalidez permanente total ou parcial por acidente do Segurado cessará automaticamente o direito ao pagamento das diárias por internação hospitalar por acidente a partir da data em que ocorrer a morte ou a constatação da invalidez.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

10.1. A Cobertura de Diária por Internação Hospitalar, quando contratada, dará cobertura para eventos ocorridos em território brasileiro.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE CESTA BÁSICA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, quando contratada, tem por objetivo garantir o pagamento de Cestas Básicas ao Beneficiário, nos valores e quantidade estabelecidos na Proposta de Contratação e Apólice do seguro, na ocorrência da Morte do segurado decorrente de Evento Coberto.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Desde que contratada, a Cobertura cobre o pagamento, na quantidade e valores definidos na Proposta de Contratação, de Cestas Básicas ao Beneficiário em caso de Morte do Segurado.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **Não está coberta o pagamento de Cestas Básicas em caso de Morte do Segurado se esta for decorrente de eventos mencionados no item 'Riscos Excluídos', ou no item, 'Perda de Direito ao Capital Segurado', da Condição Geral do seguro.**

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 5.1. Não haverá carência ou franquia para esta cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura, quando contratada, será expresso na Apólice.
- 6.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.
- 6.3. Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

7. REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE

- 7.1. O Prêmio mensal estipulado na data de Início de Vigência do Seguro será aquele estabelecido na Proposta de Contratação, sujeito as alterações decorrentes da mudança de idade do Segurado.
- 7.2. O Prêmio da Cobertura sofrerá acréscimo, anualmente, em decorrência da mudança de idade do Segurado, conforme tabela a seguir:

Reenquadramento Tarifário % Anual			
Idade	Cobertura CESTA BÁSICA	Idade	Cobertura CESTA BÁSICA
17 anos	2,69%	44 anos	12,88%
18 anos	3,06%	45 anos	12,68%
19 anos	3,39%	46 anos	12,26%
20 anos	3,48%	47 anos	11,73%
21 anos	3,96%	48 anos	11,10%
22 anos	4,00%	49 anos	10,50%
23 anos	4,40%	50 anos	9,83%
24 anos	4,56%	51 anos	9,22%
25 anos	4,36%	52 anos	8,60%
26 anos	4,50%	53 anos	8,02%
27 anos	4,15%	54 anos	7,56%
28 anos	3,99%	55 anos	7,21%
29 anos	3,84%	56 anos	6,92%
30 anos	3,83%	57 anos	6,71%
31 anos	3,56%	58 anos	6,59%
32 anos	3,56%	59 anos	6,75%
33 anos	3,56%	60 anos	7,14%
34 anos	3,91%	61 anos	7,74%
35 anos	4,68%	62 anos	8,43%
36 anos	5,56%	63 anos	9,14%
37 anos	6,61%	64 anos	9,73%
38 anos	7,95%	65 anos	10,18%
39 anos	9,16%	66 anos	10,49%
40 anos	10,28%	67 anos	10,69%
41 anos	11,26%	68 anos	10,80%
42 anos	12,13%	69 anos	10,81%
43 anos	12,73%	70 anos	10,75%

- 7.3. Após o Segurado completar 71 (setenta e um anos) anos de idade, o percentual de reajuste será fixado em 11% (onze por cento) ao ano.
- 7.4. Os Prêmios do seguro para esta cobertura sofrerão alteração, anualmente, pela atualização monetária do capital conforme definido nas Condições Gerais e pela alteração da idade do Segurado.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 8.1. A Cobertura de Cesta Básica se extingue com a utilização integral, pelo Beneficiário, das Cestas Básicas garantidas por esta Cobertura.
- 8.2. Após o pagamento de indenização desta Cobertura, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

8.3. Extingue-se ainda a cobertura:

- a) No final do prazo de vigência, se esta não for renovada, sem restituição dos Prêmios correspondentes ao prazo decorrido;
- b) Por solicitação expressa do Segurado, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice;
- c) Por mútuo consentimento das partes contratantes, podendo a Porto Seguro reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 9.1.** Para o pagamento da indenização da cobertura de Cesta Básica serão utilizados os documentos apresentados para a Cobertura de Morte ou Morte Acidental.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.