Seguro Vida Inteira Itaú

Condições Gerais

Prudential | itaú

Olá!

É muito bom poder apresentar um contrato que você vai ler e entender!

Temos o compromisso de entregar um documento que você possa compreender, consultar quando for necessário e, principalmente, encontrar resposta para dúvidas sempre que precisar.

Nas cláusulas (itens) a seguir, você não vai encontrar letras miúdas, palavras difíceis, muito técnicas nem frases longas e sem sentido.

O objetivo é que você leia, entenda e confie no produto.

SEGURO VIDA INTEIRA ITAÚ

Nº. SUSEP: 15414.639525/2025-10

CONDIÇÕES GERAIS

Clique nos tópicos para consultar um item

1. Objetivo do seguro de vida

2. Características do seguro de vida

3. Documentos importantes

4. O que o seguro cobre

5. Coberturas adicionais

6. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

7. Locais cobertos pelo seguro

8. Idade da pessoa segurada

9. Vigência (validade da cobertura)

10. Aceitação do seguro

11. Declarações inexatas ou omissões

12. Capital segurado

13. Pagamento pelo seguro (cobranças)

14. Renovação

15. Mudança para seguro com valor saldado

16. Mudança para seguro com benefício prolongado

17. Período de não contestação

18. Cancelamento

19. Valor de resgate da cobertura principal

20. Indicação ou alteração de pessoas beneficiárias

21. Acionamento do seguro

22. Opções para receber o benefício (indenização)

23. Atualização dos valores do seguro

24. Extrato

25. Foro

26. Disposições finais

27. Explicação de termos técnicos

28. Anexo

1 OBJETIVO DO SEGURO

Estas condições gerais compõem o contrato do seguro. O seguro tem por objetivo pagar à pessoa segurada ou às indicadas como beneficiárias valores em dinheiro, denominados benefício ou capital segurado (que é um tipo de indenização), caso ocorram situações previstas nestas condições gerais durante o período de vigência da apólice.

Essas situações são chamadas de coberturas contratadas e podem ser encontradas nestas condições gerais. São situações como a morte ou invalidez, que sempre geram consequências para a pessoa segurada ou para as beneficiárias e, por essa razão, o pagamento dos valores em dinheiro (capital segurado) vai contribuir para amenizar os impactos negativos.

Contratar um seguro é uma ótima forma de gerenciar as consequências dos riscos aos quais todos estamos sujeitos. Ninguém deve viver pensando em riscos, mas não se proteger deles e de suas consequências não é uma boa atitude. Por isso, contratar um seguro é uma decisão muito acertada!

2 CARACTERÍSTICAS DO SEGURO DE VIDA

Este seguro:

- é um contrato individual;
- tem características de proteção financeira, ou seja, se ocorrer qualquer hipótese de risco (coberturas contratadas), a pessoa segurada ou as pessoas por ela indicadas para receber o benefício terão direito a um valor em dinheiro (valor do capital segurado escolhido pela pessoa segurada no momento da contratação);
- é um produto personalizado, ou seja, foi contratado a partir de escolhas feitas por quem contratou o seguro como, por exemplo, a determinação do valor a ser pago em caso de evento coberto (coberturas contratadas).

Este seguro não é:

- **previdência privada.**
- **plano de aposentadoria.**
- **plano de saúde.**
- **investimento financeiro com objetivo de rentabilidade**
- **capitalização com direito a participação em sorteios ou a resgate no final do período de contribuição.**

Este seguro de vida não permite a portabilidade (mudança de seguradora com o mesmo contrato).

Não há previsão de portabilidade para este produto.

Como seguro de vida, a apólice obedece a regras do Código Civil e dos reguladores, que são o Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP e a Superintendência de Seguros Privados – Susep. Em caso de dúvidas, entre em contato com nossos canais de atendimento.

É muito importante compreender corretamente o que foi contratado, os seus direitos e deveres, e os da Prudential. Isso é o que permitirá que as partes – pessoa segurada e seguradora – tenham confiança e cooperação recíprocas durante todo o período de vigência do seguro.

3 DOCUMENTOS IMPORTANTES

A contratação deste seguro de vida tem início com o preenchimento da proposta de seguro. Se houver aprovação na análise do risco, a pessoa segurada tem direito a uma apólice de seguro de vida. Esses dois documentos são muito importantes e estão na **Área de Clientes**.

Os dados fornecidos no momento do preenchimento da proposta de seguro são essenciais para a contratação.

Atenção

Confira os dados fornecidos e verifique se estão todos realmente corretos.

Em caso de divergências, altere na própria Área de Clientes ou entre em contato pelos nossos canais de atendimento. Exemplos de equívocos comuns: data de nascimento, nome da pessoa beneficiária indicada, tipo de relação entre a pessoa segurada e a beneficiária, informações de saúde, entre outros. Todos precisam ser corrigidos caso tenham ocorrido.

Por determinação do Código Civil brasileiro, a pessoa segurada poderá perder o direito às coberturas contratadas se ficar provado que os dados fornecidos não eram corretos.

Por isso, verifique os dados para poder efetuar a correção, caso tenha constatado algum equívoco.

4 O QUE O SEGURO COBRE

A apólice de seguro pode ser composta por:

a) cobertura principal (obrigatória), com valor de capital segurado específico;

b) coberturas adicionais que aumentam a proteção da pessoa segurada e que apresentam valores de capital segurado específicos para cada uma delas (contratação opcional).

Apesar de as coberturas principal e adicionais estarem na mesma apólice, elas apresentam regras diferentes e protegem de eventos diferentes. Por isso, é importante conhecer tudo o que foi contratado.

A cobertura principal:

c) não tem carência.
d) pode ser contratada sem as adicionais.

As coberturas adicionais:

a) podem ter carência e franquia.
b) só podem ser contratadas e mantidas com a cobertura principal ativa.
c) aumentam a proteção contra os resultados de eventos cobertos.
d) suas regras estão descritas nas condições especiais.

Para ter direito às coberturas deste seguro de vida, é importante respeitar todas as cláusulas destas condições gerais.

Este é um seguro personalizado para atender às suas necessidades. A combinação de coberturas e/ou o valor das parcelas a serem pagas podem ser diferentes de uma pessoa para outra, devido à análise do risco realizada pela seguradora.

A cobertura principal é composta de um grupo de garantias descritas a seguir, as quais não podem ser contratadas isoladamente.

4.1 Morte da pessoa segurada

Se ocorrer a morte da pessoa segurada por causas naturais ou acidentais durante o período de vigência da apólice, a seguradora pagará à pessoa beneficiária o valor do capital segurado (também chamado de benefício ou indenização).

4.2 Invalidez Acidental

Atenção para as premissas que caracterizam invalidez acidental nesta Condição Contratual:

- **A definição de invalidez para apólices de seguro privado é diferente da definição adotada pela Previdência Social.**
- **A invalidez acidental, para fins desta apólice de seguro privado, é aquela decorrente de lesão física causada por Acidente Pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos.**
- **A situação de invalidez acidental deve ser comprovada por declaração médica, exames complementares e após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação da pessoa segurada.**

Invalidez Permanente Majorada por Acidente (até 75 anos de idade)

Se, durante a vigência do seguro, a pessoa segurada sofrer um acidente coberto que cause um dos quadros que caracterizam invalidez majorada, ela não vai mais precisar pagar as parcelas do seguro, e as coberturas contratadas continuarão ativas. **Esta cobertura vale até os 75 (setenta e cinco) anos de idade da pessoa segurada.**

O que é invalidez permanente majorada por acidente?

É a perda anatômica ou funcional definitiva de um membro, segmento ou órgão, que tenha resultado de lesão física causada por acidente pessoal coberto e que corresponda a uma ou mais das situações a seguir. **Não haverá dispensa das cobranças em casos de redução parcial da função do membro ou órgão prejudicado ou nos casos em que não correspondam em sua integralidade às condições descritas neste item.**

- Perda total da visão de um olho
- Perda total do uso de um membro superior
- Perda total do uso de uma das mãos
- Surdez total incurável de ambos os ouvidos
- Mudez incurável
- Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral

Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral

Perda total do uso de um dos membros inferiores

Perda total do uso de um dos pés

Perda total do movimento de oposição do polegar com comprometimento da função de “pinça” de uma das mãos

Os critérios que definem a perda do movimento de oponência do polegar e função de “pinça” são:

amputação do 1º dedo (polegar) no nível da articulação metacarpofalangeana de uma das mãos ou	amputação do 2º, 3º, 4º e 5º dedos no nível da articulação metacarpofalangeana da mesma mão ou	amputação da falange distal do 1º dedo (polegar) simultaneamente com a amputação do 2º e 3º dedos, no nível da falange média ou proximal, da mesma mão ou	lesão traumática com perda total da função do nervo mediano de um dos membros superiores, necessariamente demonstrada por eletroneuromiografia.

A perda da função de “pinça” também é caracterizada caso a pessoa segurada sofra um acidente que resulte em uma **perda definitiva da sensibilidade, força muscular (para pinça fina – 1º dedo, polegar, e 2º dedo), comissura e mobilidade/dimensão (sendo esta composta pela avaliação de até 5 movimentos principais)**, a ser avaliada por médico especializado, por meio do preenchimento de formulário específico. **A combinação dos resultados desses critérios deverá atingir uma pontuação mínima para que possa ser caracterizado o dever de pagamento da indenização por parte da seguradora.** Todos esses procedimentos serão acompanhados por médicos.

Se o tipo de acidente ocorrido com a pessoa segurada for decorrente de riscos excluídos ou houver descumprimento de algum item destas condições gerais, a pessoa segurada não terá direito ao benefício e as cobranças do seguro continuarão normalmente.

Também não será devido o benefício decorrente desta cobertura se a invalidez for constatada após:

- o fim do período de pagamento das parcelas do seguro;
- a mudança para a modalidade de seguro com valor saldado;
- a mudança para seguro com benefício prolongado;
- o cancelamento do seguro;
- a solicitação do valor de resgate integral.

Como utilizar a cobertura?

Em primeiro lugar, o fato ocorrido que gerou a invalidez permanente e majorada por acidente precisa ser comunicado à seguradora. Essa comunicação pode ser feita pela própria pessoa segurada ou por alguém que a represente. O pedido poderá ser feito pela pessoa segurada e, na sua impossibilidade, pessoa que seja procuradora ou curadora.

O seguro deve continuar sendo pago em dia até que a Prudential comunique a aprovação da dispensa dos pagamentos.

Nesta situação, todos os valores pagos desde a data do evento coberto até a aprovação da dispensa dos pagamentos serão devolvidos atualizados monetariamente.

No entanto, caso a dispensa dos pagamentos não seja aprovada, o seguro deve continuar sendo pago para que permaneça com o direito às coberturas contratadas.

Invalidez Permanente e Total por Acidente da pessoa segurada

Em caso de invalidez permanente e total em decorrência de um acidente coberto pelo seguro, a pessoa segurada terá direito a receber o valor parcial ou integral do capital segurado que estava destinado para o caso de morte.

A pessoa segurada, quando acionar o seguro, terá as seguintes opções de recebimento do benefício:

a) Integral: recebimento de 100% do capital segurado de morte desta cobertura. Nesse caso, a apólice é cancelada automaticamente.

b) Parcial: antecipação única de 15%, 25% ou 50% do capital segurado desta cobertura. Nesse caso, haverá redução proporcional do capital segurado da cobertura principal e a apólice e as demais coberturas permanecerão ativas.

A pessoa segurada pode optar por não receber o benefício. Nesse caso, a apólice continuará com o capital segurado de morte integral e demais coberturas ativas.

Não haverá mais cobranças das parcelas para manutenção do seguro se o fato que gerou a invalidez ocorrer **até os 75 (setenta e cinco) anos de idade** e se a pessoa segurada optar por:

a) antecipar parcialmente.

b) não receber nenhum valor.

O que é estado de invalidez permanente e total por acidente?

Para esta cobertura o estado de invalidez deve ser permanente, irreversível e total, para caracterizar a perda anatômica ou funcional definitiva de um membro, segmento ou órgão, decorrente de lesão física causada por acidente pessoal, e da qual resulte pelo menos uma das consequências listadas a seguir:

Tabela de situações para Invalidez Permanente Total

- Perda total da visão de ambos os olhos
- Perda total do uso de ambos os membros superiores
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores
- Perda total do uso de ambas as mãos
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior

Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés

Perda total do uso de ambos os pés

Alienação mental total e incurável

Certifique-se de que a apólice de seguro foi emitida com essa cobertura na Área de Clientes. Nesse caso, a pessoa segurada não terá direito ao benefício.

Não haverá dispensa das cobranças em casos de redução parcial da função do membro ou órgão prejudicado ou nos casos em que não correspondam em sua integralidade às condições descritas neste item.

Se a pessoa segurada falecer antes do recebimento desta cobertura, quando esta for devida, o valor será pago conforme legislação vigente, ou seja, aos herdeiros legais.

4.3 Doença Terminal com Expectativa de Vida de até 6 (seis) meses

Nos casos em que a pessoa segurada seja considerada doente em estágio terminal, comprovadamente por relatório médico e/ou exames, o valor do capital segurado de morte poderá ser antecipado de forma total ou parcial, a depender da escolha da pessoa segurada.

Quando a pessoa segurada solicitar a antecipação de valor parcial, **a seguradora estipulará um valor mínimo a ser mantido como capital segurado**, para que o seguro continue vigente.

Do valor que será antecipado para a pessoa segurada, serão descontados os valores das parcelas de pagamento pelo seguro referentes aos meses de sobrevida informados na declaração médica. Esse desconto só não será realizado se a apólice estiver em dispensa de prêmio ou já quitada.

Se ocorrer a antecipação parcial e a pessoa segurada vier a falecer, o valor antecipado será descontado do pagamento a ser feito às pessoas beneficiárias.

Para acionar esta cobertura, o seguro precisa estar com os pagamentos em dia e não pode ter sido mudado para seguro com benefício prolongado. O pedido deve ser realizado por meio de formulário próprio.

Quando a pessoa segurada tem direito a solicitar essa cobertura?

A pessoa segurada deverá provar à seguradora que sua sobrevida é de, no máximo, 6 (seis) meses a partir da data da avaliação diagnóstica. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na doença caracterizada, acompanhado do diagnóstico e dos exames pertinentes.

Depois de a documentação solicitada ser entregue, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para decidir sobre a antecipação do benefício. Se, durante o período de decisão, a seguradora ainda tiver dúvidas, ela poderá pedir outros documentos para análise. Nesse caso, a contagem dos 30 (trinta) dias será suspensa e só voltará a contar após a chegada de todos os novos documentos solicitados. Apresentados os documentos, a contagem do prazo continua de quando parou.

Efeitos da antecipação de benefício

Caso a pessoa segurada escolha receber apenas uma parte do benefício antecipadamente, o capital segurado e o valor das parcelas a serem pagas à seguradora serão reduzidos proporcionalmente.

A pessoa responsável pelo pagamento será informada e deverá prosseguir com o pagamento de forma proporcional ao benefício vigente.

Se ocorrer a antecipação total do benefício, o contrato de seguro será encerrado, não terão mais direitos e deveres entre as partes contratantes.

Caso a pessoa segurada faleça antes do recebimento do benefício desta garantia, quando este já era de direito, o valor será pago de acordo com a legislação vigente, ou seja, para os herdeiros legais.

4.4 Perda de Autonomia Pessoal

Se, durante a vigência do seguro, a pessoa segurada tiver a caracterização da perda da autonomia pessoal em consequência de doença, ela não vai mais precisar pagar as parcelas do seguro, e as coberturas contratadas continuarão ativas. **Esta cobertura vale até os 75 (setenta e cinco) anos de idade da pessoa segurada**.

O que é a perda de autonomia pessoal?

Caracteriza-se a perda de autonomia pessoal caso a pessoa segurada fique permanentemente incapacitada e dependente de terceiros para realizar 4 (quatro) ou mais atividades da vida diária (AVD). Descrição e critérios de enquadramento das AVD para caracterização da perda da autonomia pessoal:

a) **banho:** sem ajuda de terceiros, a pessoa segurada não é capaz de entrar ou sair da banheira ou do chuveiro, tomar banho e enxugar-se. Não preenche critérios para a AVD banho a pessoa segurada que seja somente incapaz de chegar ao banheiro sozinha ou que seja capaz de realizar sozinha uma ou mais das ações descritas neste item de banho.

b) **higiene pessoal:** sem ajuda de terceiros, a pessoa segurada não é capaz de lavar-se parcialmente (parte superior ou inferior do corpo), fazer higiene íntima após usar o banheiro ou durante o período menstrual (para mulheres), escovar os dentes, pentear o cabelo, fazer a barba (para homens). Não preenche critérios para a AVD higiene pessoal a pessoa segurada que seja somente incapaz de chegar ao banheiro sozinha ou que seja capaz de realizar sozinha uma ou mais das ações descritas neste item de higiene pessoal.

c) **vestimenta:** sem ajuda de terceiros, a pessoa segurada não é capaz de vestir-se, despir-se completamente, colocar e prender prótese ou colete cirúrgico, caso faça uso. Não preenche critérios para a AVD vestimenta a pessoa segurada que seja capaz de realizar sozinha uma ou mais das ações descritas neste item de vestimenta.

d) **alimentação:** a pessoa segurada necessita que seu alimento seja administrado através de tubos ou não é capaz, sem ajuda de terceiros, de consumir alimentos e bebidas previamente preparados e servidos. Não preenche critérios para a AVD alimentação a pessoa segurada que consegue consumir alimentos ou bebidas com o auxílio de talheres, pratos e copos adaptados ou que seja capaz de realizar sozinha uma ou mais das ações descritas neste item de alimentação.

e) **mobilidade:** sem ajuda de terceiros, a pessoa segurada não é capaz de andar no plano, sentar-se, levantar-se, entrar e sair da cama. Não preenche critérios para a AVD mobilidade a pessoa segurada que consegue se locomover sozinha com auxílio de cadeira de rodas, próteses, órteses etc., ou que seja capaz de realizar sozinha uma ou mais das ações descritas neste item de mobilidade.

f) **continência:** a pessoa segurada possui incontinência urinária ou fecal permanente, ou, não é capaz de esvaziar sua bexiga ou intestino de forma autônoma. A perda da autonomia pessoal neste item também se caracteriza quando há a necessidade do uso contínuo e irreversível de cateteres ou de fraldas absorventes, os quais a pessoa segurada não consegue trocar sem ajuda de terceiros. Não preenche critérios para a AVD continência a pessoa segurada que faz uso de cateteres ou de fraldas absorventes apenas com a finalidade de facilitar os cuidados.

O uso de tecnologia assistiva para realizar a AVD não configura dependência de terceiros. As definições e especificações descritas em cada uma das AVDs devem ser atendidas completamente para que ocorra o enquadramento.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza por si só o quadro clínico incapacitante que comprove a perda da autonomia pessoal.

A garantia de dispensa de prêmio por perda da autonomia pessoal apresenta carência de 90 (noventa) dias do início da vigência da apólice de seguro e é preciso que a pessoa segurada sobreviva por 30 (trinta) dias após a caracterização da perda da autonomia pessoal para caracterização da perda da autonomia pessoal (período de franquia).

5 COBERTURAS ADICIONAIS

As coberturas adicionais contratadas são aquelas especificadas na apólice. Elas só estarão em vigor se a cobertura principal também estiver.

Com a cobertura principal, poderão ser contratadas as adicionais a seguir:

1. Assistência Funeral
2. Cirurgia
3. Cirurgia Ampliada
4. Doenças Ampliadas
5. Doenças Graves
6. Doenças Graves – Cônjuge
7. Doenças Graves Modular
8. Doenças Graves Modular – Cônjuge
9. Doenças Graves Plus
10. Doenças Graves Plus – Cônjuge
11. Invalidez Acidental
12. Morte Acidental
13. Perda da Autonomia Pessoal
14. Quebra de Ossos
15. Renda Hospitalar
16. Temporário (morte por qualquer causa)
17 Temporário (morte qualquer causa) – Cônjuge
18. Temporário Decrescente (morte por qualquer causa)
19. Temporário Preferencial (morte por qualquer causa)

A contratação das coberturas adicionais destinadas a cônjuge (Doenças Graves Cônjuge, Doenças Graves Plus Cônjuge, Doenças Graves Modular Cônjuge e Temporário (morte qualquer causa) Cônjuge) estão condicionadas à contratação da respectiva cobertura adicional pelo titular da apólice, conforme tabela abaixo:

Cobertura adicional do titular da apólice	Cobertura adicional destinada ao cônjuge
Doenças Graves	Doenças Graves Cônjuge
Doenças Graves Plus	Doenças Graves Plus Cônjuge
Doenças Graves Modular	Doenças Graves Modular Cônjuge
Temporário (Morte por Qualquer Causa)	Temporário (Morte por Qualquer Causa) Cônjuge

Verifique na sua apólice de seguro quais as coberturas adicionais que você contratou. Leia as respectivas condições especiais para saber as especificidades de cada uma delas, para que seja possível utilizá-las quando necessário.

6 RISCOS EXCLUÍDOS ⚠

Riscos excluídos são situações que o seguro não cobre. Caso aconteça um imprevisto decorrente de um risco excluído, a pessoa segurada ou beneficiária da apólice de seguro não terá direito ao recebimento do benefício ou devolução de valores.

Estão excluídos de todas as coberturas (principal e adicionais) contratadas os eventos que tenham como causa:

a

Doenças ou lesões preexistentes, ou seja, que existiam antes da contratação deste seguro, eram do conhecimento da pessoa segurada e não foram declaradas na proposta.

b

Atos ou operações de qualquer tipo de guerra, declarada ou não (guerras químicas ou bacteriológicas, guerras civis, guerrilhas, revoluções, motins, agitações, revoltas, sedições, sublevações), ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto àqueles que estejam em serviço militar ou praticando atos de humanidade em auxílio de outrem.

c

Qualquer ato voluntário da pessoa segurada ou de seus responsáveis/representantes que os coloque em risco grave de lesão ou morte, considerando risco grave qualquer risco reconhecido comumente como perigoso, por tornar possível a morte ou lesões graves. Essa exclusão não é aplicada quando a pessoa segurada utilizar meio de transporte mais arriscado, prestar serviço militar, praticar esporte ou atos de humanidade em auxílio de outrem.

d

Atos ilícitos dolosos praticados pela pessoa responsável pelo pagamento, pela pessoa segurada, por pessoas beneficiárias ou pelos seus respectivos representantes. Nos seguros contratados ou custeados por pessoa jurídica, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, por pessoas beneficiárias e respectivos representantes.

e

Uso de material nuclear para quaisquer finalidades, incluindo explosões nucleares, intencionais ou não, assim como contaminação radioativa ou exposição à radiação nuclear ou ionizante, exceto exposições terapêuticas e profissionais, desde que devida mente comprovadas.

f

Doenças ou lesões preexistentes, informações sobre esportes, hobbies e atividade profissional, praticados e desempenhados anteriormente à adesão à proposta de contratação, que poderiam ter influência na aceitação do risco ou no ajuste do valor dasparcelas, não declaradas na proposta e já do conhecimento da pessoa segurada, que tenham influência direta ou indireta no evento ocorrido.

g

Invalidez ou morte resultante de tentativa de suicídio ou suicídio praticado nos dois primeiros anos de vigência da apólice ou nos dois anos seguintes ao da retomada da vigência, se o contrato for interrompido por qualquer motivo. Nesses casos, a seguradora devolverá a reserva técnica, quando esta estiver formada.

h

Epidemias, endemias e pandemias declaradas por órgão competente, nacional ou internacional.

i

Danos e perdas causados direta e indiretamente por ato terrorista, de qualquer espécie, desde que o ato tenha sido reconhecido assim por autoridade competente, nacional ou internacional.

j

fenômenos da natureza de caráter extraordinário, tais como inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestades, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos, movimentos sísmicos.

Além dos riscos excluídos anteriormente previstos, são excluídos da garantia de Invalidez Permanente Majorada por Acidente os eventos que envolvam:

ferimentos causados propositadamente na pessoa segurada por quem é responsável pelo pagamento, pelas pessoas beneficiárias, por ela própria ou por seus representantes legais;

quaisquer ferimentos decorrentes de ato criminoso praticado pela pessoa segurada;

as seguintes situações que causem a perda de movimento de oposição do polegar (função de "pinça"):

- **causas não acidentais;**
- **perda parcial decorrente de acidente; de doenças; de cirurgias, mesmo que de erro médico; de autoflagelação ou automutilação intencional, mesmo quando praticada por outra pessoa;**
- **condições congênitas ou doenças preexistentes, mesmo que parcialmente;**
- **condições ou acidentes preexistentes agravados (acidente anterior/amputação anterior de alguns dedos);**
- **acidentes que resultem em responsabilidade criminal para a pessoa segurada;**
- **reimplante da mesma parte anatômica, sem perda total da função.**

Este contrato de seguro não prevê cobertura para pessoas que estejam sob sanções econômicas aplicadas por autoridades de países estrangeiros. Antes da contratação do seguro, deve ser informado se a pessoa segurada ou a beneficiária estiverem em listas de embargos ou sanções.

7 LOCAIS COBERTOS PELO SEGURO

O seguro cobre situações ocorridas em qualquer parte do planeta.

8 IDADE DA PESSOA SEGURADA

A idade mínima para contratação da cobertura principal Seguro Vida Inteira Itaú é de 14 (quatorze) anos, e as idades máximas são as a seguir:

Período de pagamento	Idade máxima de contratação
Por 5 anos	70 anos
Por 10 anos	75 anos
Por 20 anos	70 anos
Por 30 anos	70 anos
Por 65 anos	55 anos
Até 70 anos	60 anos
Até 75 anos	65 anos
Até 80 anos	70 anos
Até 100 anos	75 anos

Seguros para menores de 18 anos deverão ter representação ou assistência dos pais, tutores ou curadores, conforme legislação vigente.

9 VIGÊNCIA (VALIDADE) DO SEGURO

A cobertura principal protegerá a pessoa segurada durante toda a sua vida, sempre que as parcelas devidas sejam pagas na forma e nos prazos predeterminados.

9.1 Cobertura Provisória

A partir da data do recebimento da proposta de contratação do seguro, corretamente preenchida e assinada, com o comprovante do primeiro pagamento pela manutenção do seguro, terá início a vigência da cobertura provisória. Ela será válida até a comunicação da aceitação definitiva da proposta, a ser feita pela seguradora.

Caso a proposta de contratação de seguro de vida tenha sido recebida pela seguradora sem a comprovação do pagamento da antecipação da primeira parcela, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta.

Se, por razões de ordem técnica, a proposta não for aceita pela seguradora, serão devolvidos os valores proporcionais pagos pela pessoa segurada, e estará encerrado o período de cobertura provisória.

9.2 Cobertura definitiva

A cobertura definitiva terá início a partir da data em que a seguradora aceitar a proposta.

A apólice terá seu início e fim de vigência (validade) conforme indicado na proposta de contratação.

O período de vigência de coberturas adicionais, se contratadas, será especificada na apólice, poderá ser diferente da vigência da cobertura principal e será especificada em sua respectiva condição especial. A vigência de cada cobertura adicional deve iniciar e terminar dentro do prazo de vigência da apólice.

10 ACEITAÇÃO DO SEGURO

A aceitação, alteração ou reabilitação do seguro estão sujeitas à análise de risco da seguradora.

A pessoa segurada deverá apresentar proposta específica para cada uma das situações, ou seja, contratação, alteração ou reabilitação, com todos os elementos necessários para análise e aceitação do risco. A seguradora deverá, obrigatoriamente, fornecer protocolo identificando a proposta de contratação, com data e hora de recebimento.

Nas apólices que envolvem a proteção da vida de terceiros, o proponente deverá declarar o seu interesse pela preservação da vida da segurada.

Recebida a proposta, a seguradora tem até **15 (quinze) dias** para se manifestar sobre a proposta. A seguradora poderá solicitar, nesse mesmo prazo, informações ou documentos complementares, bem como a realização de exames médicos. Os exames médicos serão totalmente custeados pela seguradora.

O proponente terá o prazo de 60 (sessenta) dias, a partir da data de recebimento da proposta pela seguradora, para:

- realizar ou apresentar cópias de exames;
- prestar informações médicas essenciais e/ou complementares sobre sua condição de saúde;
- prestar informações complementares necessárias.

Após a apresentação dos exames, informações e/ou documentos, a seguradora poderá solicitar outros desde que esclareça as razões da solicitação.

Após o prazo de **60 (sessenta) dias não cumulativos**, o risco será automaticamente recusado pela seguradora, devido à ausência das providências necessárias por parte da pessoa proponente.

Apresentados exames, informações e/ou documentos solicitados, a seguradora terá o **prazo de 15 (quinze) dias não cumulativos** que estava suspenso para:

a) aceitar a proposta e emitir a apólice.

b) devido à análise do risco, recalcular o valor das parcelas e consultar o proponente sobre sua concordância antes da emissão da apólice. Além disso, o pagamento da diferença do valor da primeira parcela deverá ser realizado.

c) ou recusar a proposta em razão da análise do risco e devolver os valores já pagos a quem os efetuou em até 10 (dez) dias corridos, sob pena de incidência de multa (2% do valor da parcela já quitada), juro de 1% ao mês *pro rata temporis* (proporcional ao tempo decorrido) e correção monetária pela variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada desde a recusa do risco até a data do pagamento.

A decisão da seguradora será formalmente comunicada. Caso não seja comunicada a decisão dentro do prazo de 15 dias, a proposta será considerada aceita na forma originariamente realizada, especialmente com relação a prazos de vigência e valores a serem pagos para manutenção do seguro.

11 DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMISSÕES

Declarações inexatas e/ou omissões de informações relevantes para análise e aceitação do risco resultarão em perda da garantia contratada. As informações corretas e verídicas são fundamentais para que a seguradora aceite ou recuse a proposta e determine corretamente o valor a ser pago pelo responsável pelo pagamento para manutenção do seguro.

As principais informações a serem prestadas pela pessoa proponente são referentes a

a) estado de saúde ou fatos/eventos relacionados à sua saúde, inclusive tratamentos, medicação de uso contínuo e cuidados de saúde imprescindíveis;

b) atividade profissional;

c) atividades esportivas, de lazer ou hobbies que possam ser relevantes para a análise do risco;

d) doenças preexistentes, ou seja, aquelas de que tenha conhecimento antes da contratação do seguro.

Atenção: não haverá cobertura sobre qualquer doença preexistente que não tenha sido comunicada na proposta.

As informações da proposta de seguro são essenciais para a pessoa segurada e para a pessoa proponente. Não autorize ninguém a fazer isso por você. Preencha com cuidado e pergunte se tiver dúvidas.

Consequências do preenchimento incorreto da proposta de seguro

1. Informações incorretas intencionais:

Consequência: a pessoa segurada perderá o direito às coberturas, além de ficar obrigada aos pagamentos vencidos, de acordo com a legislação em vigor.

2. Informações incorretas não intencionais praticadas sem má-fé em casos em que ocorreu um evento coberto:

Consequência: em caso de evento coberto (por exemplo, morte ou invalidez), a seguradora vai analisar o pedido. Se for devido o pagamento integral ou parcial do capital segurado, o valor que a pessoa segurada dever em razão do risco aumentado será descontado de eventual pagamento de benefício, e a apólice poderá ser cancelada.

Caso a apólice não seja cancelada, um acordo pode ser feito entre as partes com um novo valor para pagamento, compatível com o risco que agora é corretamente conhecido, após terem sido prestadas as informações antes omitidas.

3. Informações incorretas não intencionais praticadas sem má-fé em casos em que não ocorreu um evento coberto:

Consequência: a apólice poderá ser cancelada, e a seguradora tem o direito de reter o pagamento do seguro proporcionalmente ao tempo já decorrido. Se as partes formalizarem um acordo, a apólice poderá ter continuidade, sendo cobrada a diferença nas parcelas cobradas em razão da correta avaliação do risco.

A pessoa segurada e a seguradora poderão, ainda, formalizar um acordo com objetivo de reduzir a cobertura contratada, quando então não será necessário adequar o valor dos pagamentos para manter o seguro.

As informações prestadas pela pessoa segurada, representante legal ou qualquer outra por ela autorizada são essenciais para que a contratação do seguro seja legalmente válida.

Algumas situações são tão graves que não comportam correção da informação nem acordo entre as partes. Nesses casos, o único caminho legal será a perda do direito da pessoa segurada ou da pessoa beneficiária aos benefícios contratados.

Atenção para que nunca ocorram situações como as dos exemplos a seguir, que podem ocasionar perda do direito à cobertura:

- não informar as doenças preexistentes no momento do preenchimento da proposta.
- não informar lesões preexistentes relacionadas ao histórico familiar da pessoa segurada ou decorrentes de atividade profissional, esportiva ou hobbies.
- prática de atos contrários à lei – infrações ou fraudes – com objetivo de obter vantagem ilícita, ou seja, pagamento de benefício ao qual realmente não teria direito.
- impedir ou dificultar (ou permitir que outras pessoas impeçam ou dificultem) a seguradora de realizar exames ou diligências necessárias para verificar se os fatos apresentados pela pessoa segurada são realmente verdadeiros.

Antes da contratação e durante a vigência do seguro, a pessoa segurada, seu representante legal, a pessoa responsável pelo pagamento, as pessoas beneficiárias e corretor têm o dever de prestar todas as informações que possam impactar:

- **nos riscos cobertos;**
- **no valor dos pagamentos devidos;**
- **na possibilidade de ser devido o benefício.**

Caso a pessoa segurada agrave intencionalmente o seu risco coberto pelo seguro, perderá o direito ao benefício.

E, caso saiba sobre qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto durante a vigência do seguro, está obrigada a comunicar o fato de imediato à pessoa segurada. No entanto, devido à estruturação técnica deste seguro, a seguradora não utilizará a informação de agravamento do risco coberto para alterar direitos e deveres previstos nestas condições gerais e especiais, incluindo a decisão de cancelar o seguro, restringir a cobertura ou cobrar a diferença das parcelas, exceto em casos de reabilitação do seguro, conforme estas condições gerais.

12 CAPITAL SEGURADO

É o valor a ser pago como benefício ou indenização caso ocorra um risco coberto pelo contrato de seguro.

Cada uma das coberturas contratadas no seguro terá um capital segurado. Esse limite é o valor máximo que a seguradora terá o dever de pagar quando ocorrer um evento coberto. Verifique na sua apólice os valores que foram contratados para as coberturas principal e adicionais.

Para determinar o valor do capital segurado atualizado a ser pago, consideramos a data do evento coberto:

1. No caso de morte: a data da morte.
2. Para acidentes pessoais, inclusive morte acidental: a data do acidente.

A pessoa segurada poderá solicitar a redução do capital segurado sempre que estiver em dia com seus pagamentos e a apólice estiver no período de vigência. Depois dessa alteração, as parcelas deverão continuar a ser pagas para manutenção do seguro.

O pedido de redução do capital segurado será analisado pela seguradora, que poderá concordar ou não, sempre com critérios objetivos de análise do risco e das coberturas contratadas. Quando existir possibilidade de redução do capital, a seguradora aceitará o pedido formalmente.

Quando a pessoa segurada pretender reduzir o capital segurado inicialmente contratado, o valor de resgate também será reduzido. A diferença entre o valor de resgate anterior e posterior à redução será pago à pessoa segurada por meio de crédito em conta-corrente ou poupança de sua titularidade.

Para manter as coberturas em vigor, devem ser respeitados os limites mínimo e máximo de capital segurado e de pagamento pelo seguro estabelecidos pela seguradora.

13 PAGAMENTO PELO SEGURO (COBRANÇAS)

A pessoa responsável pelo pagamento do seguro será especificada na proposta e na apólice e poderá ser diferente da pessoa segurada. A pessoa indicada na proposta é a única responsável pelo pagamento perante a seguradora. Não serão aceitos pagamentos realizados por outras pessoas físicas ou jurídicas.

No momento da contratação, é escolhido o período de pagamento:

Período de pagamento
Por 5 anos
Por 10 anos
Por 20 anos
Por 30 anos
Até 65 anos de idade
Até 70 anos de idade
Até 75 anos de idade
Até 80 anos de idade
Até 100 anos de idade

Durante a vigência da apólice, não será possível modificar o período de pagamento escolhido na contratação. As parcelas poderão ser pagas por meio das formas de pagamento disponíveis pela seguradora.

O pagamento das parcelas para manutenção do seguro garante a cobertura para o risco futuro, ou seja, um evento coberto que ainda poderá ocorrer com a pessoa segurada.

Periodicidade

Os valores devidos pela pessoa segurada poderão ser pagos em parcelas anuais ou mensais ou única conforme escolha no momento da contratação:

a) **Mensal:** valor será atualizado em conformidade com os índices de correção monetária adotados na apólice e cobrado em 12 parcelas mensais, iguais e sucessivas.

b) **Anual:** valor será atualizado em conformidade com os índices de correção monetária adotados na apólice e cobrado em uma única parcela, com desconto.

Durante a vigência da apólice, a pessoa segurada ou responsável pelo pagamento poderão alterar a periodicidade, a forma ou a data do pagamento.

Importante sobre pagamentos:

- **Não há cobertura antes do pagamento da primeira parcela;**
- **A pessoa responsável pelo pagamento poderá pedir a reemissão de qualquer parcela vencida e não paga;**
- **A data de vencimento das parcelas será escolhida no momento da proposta e poderá ser alterada durante a vigência da apólice.**

Importantes eventos (em ordem cronológica) sobre inadimplência:

a) Período de tolerância: prazo de 60 (sessenta) dias corridos, contados a partir do dia seguinte ao vencimento da parcela que não foi paga. **Durante esse prazo, a pessoa segurada ou a beneficiária terão direito às coberturas contratadas, mas o valor das parcelas em atraso será subtraído do valor a ser pago pela cobertura (morte, invalidez ou outra contratada), considerando multa, correção monetária e mora decorrente da inadimplência.** Durante esse período, a reserva técnica continuará sendo constituída normalmente. **Se, ao término do prazo de 60 (sessenta) dias, não tiver ocorrido o pagamento das parcelas em atraso, terá início o período de suspensão.**

Em caso de inadimplência dos pagamentos do seguro, será aplicada correção monetária nas parcelas devidas, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE. Além disso, o pagamento devido pela pessoa segurada será acrescido de multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% ao mês proporcionalmente ao período decorrido.

b) **Período de suspensão:** após o prazo de 60 (sessenta) dias corridos sem o pagamento das parcelas, a apólice será automaticamente alterada para o status **valor saldado**, desde que haja valor de resgate disponível. Essa alteração é imediata e será formalizada à pessoa segurada. Do contrário, caso não haja valor de resgate disponível ou se a redução do valor do capital segurado for insuficiente, a apólice ficará suspensa por até 3 (três) anos, contados do dia seguinte ao último dia do período de 60 (sessenta) dias da tolerância. Após esses 3 anos, a apólice é cancelada. **Durante o período de suspensão, não haverá cobranças, e a pessoa segurada não terá direito às coberturas contratadas. Além disso, durante o período de suspensão, a constituição da reserva técnica é interrompida.**

c) **Reabilitação do seguro:** a pessoa segurada poderá reabilitar sua apólice durante o período de suspensão. Para isso, deverá preencher uma proposta específica para essa situação, passar por um novo processo de análise de risco e efetuar o pagamento de um valor a ser definido pela seguradora com base no sexo e idade da pessoa segurada, assim como tempo de vigência da apólice, período de suspensão e capital segurado. O valor será informado pela seguradora, considerando a necessidade de recomposição de reservas técnicas e demais despesas envolvidas. Após a reabilitação, a seguradora responderá pelas coberturas contratadas caso ocorra algum evento coberto. **A apólice estará cancelada se, findo o período de suspensão, a pessoa segurada não tiver optado pela reabilitação**. Nesse caso, a seguradora pagará à pessoa segurada a **Reserva técnica** já constituída, atualizada monetariamente com base na variação positiva acumulada do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), calculada, na forma da lei, desde a data da última variação da **Reserva técnica** até o efetivo pagamento.

14 RENOVAÇÃO DO SEGURO

Para as coberturas adicionais que permitirem renovação, esta dependerá de:

Adequação do valor das parcelas a serem pagas pela pessoa segurada, de acordo com idade, sexo e eventuais mudanças do perfil de risco.

Para renovações expressa e previamente autorizadas pela pessoa segurada, as renovações subsequentes poderão ser canceladas por meio de manifestação de sua intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término de vigência.

É facultada à seguradora optar pela não renovação deste seguro, desde que manifeste tal intenção com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término de vigência.

As coberturas temporárias que podem ser renovadas têm prazo determinado, e a seguradora pode não as renovar na data de vencimento.

15 MUDANÇA DO SEGURO PARA VALOR SALDADO

Essa opção poderá ser utilizada em casos em que houver dificuldade de a pessoa segurada prosseguir com os pagamentos do valor do seguro.

Mudar o seguro para valor saldado significa que:

- o capital segurado inicialmente contratado será reduzido; e
- o valor de resgate será utilizado para quitar a apólice (por isso o nome “valor saldado”).

As consequências são: manutenção das coberturas de Morte, Invalidez Permanente e Total por Acidente (se disponível) e Expectativa de Vida de até 6 (seis) meses. **As demais coberturas serão automaticamente canceladas**.

Após a mudança para seguro com valor saldado, se ocorrer um evento coberto, o pagamento à pessoa segurada ou beneficiária será realizado no valor do capital segurado reduzido, e não mais no valor inicialmente contratado.

A conversão do seguro para valor saldado é voluntária. Nesse caso:

a) O pedido de conversão somente poderá ser realizado após 25 meses ininterruptos de vigência do contrato de seguro.

b) Todos os pagamentos deverão estar em dia.

c) O capital segurado deverá estar igual ou acima do valor mínimo fixado pela seguradora.

d) Não será possível retornar ao capital segurado originalmente contratado.

e) O valor do capital segurado será reduzido, para que possa ser feita a quitação do seguro em uma única parcela.

f) A pessoa segurada será informada caso haja impossibilidade técnica da conversão.

g) As coberturas adicionais serão canceladas, se houver.

h) Será devolvido o valor da reserva técnica referente às coberturas adicionais, caso exista.

i) A seguradora emitirá um documento para comprovar a mudança realizada.

j) não será mais necessário realizar pagamentos para manter o seguro.

16 MUDANÇA PARA SEGURO COM BENEFÍCIO PROLONGADO

Essa opção poderá ser utilizada em casos em que haja dificuldade de a pessoa segurada prosseguir com os pagamentos do valor do seguro.

A pessoa segurada poderá optar pela conversão do seguro para benefício prolongado, com a utilização do valor de resgate para quitar a apólice por período determinado.

Mudar para seguro com **benefício prolongado** significa que:

a) não será mais necessário realizar pagamentos para manter o seguro.

b) o período de vigência será reduzido, pois o seguro será convertido em seguro temporário.

c) serão mantidas as coberturas para Morte e Invalidez Permanente e Total por Acidente, **sendo automaticamente canceladas as demais coberturas**.

d) a apólice é quitada em parcela única e, para isso, será utilizado o valor do resgate disponível na data da solicitação de mudança do seguro.

e) a cobertura passa a ser temporária. O capital vigente e demais características da cobertura contratada não serão alteradas.

f) as coberturas adicionais serão canceladas, se houver.

g) o seguro, por se tornar temporário, deixa de prever valor de resgate.

h) será devida a atualização monetária até o fim do novo período da cobertura principal.

Para exercer esse direito, é necessário que:

- A apólice tenha pelo menos 25 meses de vigência, contados da data de emissão;
- Os pagamentos estejam em dia;
- A seguradora concorde com o pedido e formalize a alteração.

17 PERÍODO DE NÃO CONTESTAÇÃO

A seguradora não contestará o pagamento do benefício nos casos de doenças ou lesões preexistentes, respeitadas as condições gerais, se os seguintes prazos tiverem decorrido na data do evento:

a) **24 (vinte e quatro) meses** da emissão da apólice ou da reabilitação do seguro aprovada pela seguradora, caso a pessoa segurada tenha realizado exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, pela seguradora, para análise da proposta de contratação ou de reabilitação; ou

b) **60 (sessenta) meses** da emissão da apólice ou da reabilitação do seguro aprovada pela seguradora, caso a pessoa segurada não tenha realizado exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos pela seguradora, para análise da proposta de contratação ou de reabilitação.

18 CANCELAMENTO DO SEGURO

A pessoa segurada ou responsável pelo pagamento poderá solicitar o cancelamento da apólice à seguradora. **Após o cancelamento do seguro, as coberturas são canceladas e não podem ser reabilitadas**.

A seguradora devolverá qualquer valor devido à pessoa segurada após o recebimento do pedido.

Em caso de cancelamento logo após a contratação, poderá haver devolução de primeira parcela. A devolução não ocorrerá:

- após o pagamento da segunda parcela ou
- se a apólice tiver sido emitida há mais de 30 (trinta) dias, mesmo que não tenha sido disponibilizada à pessoa segurada.

A apólice também será cancelada se ocorrerem as situações a seguir:

a) pagamento do benefício por morte da pessoa segurada;

b) pagamento do benefício integral por Invalidez Permanente e Total por Acidente durante a vigência do seguro, se disponível na apólice;

c) fim do novo período temporário após mudança para seguro com **benefício prolongado**;

d) solicitação integral da garantia de doença terminal com expectativa de vida de até 6 (seis) meses;

e) se o valor de resgate (quando houver) for igual a zero;

f) a partir de solicitação expressa da pessoa segurada, quando será devido o valor do resgate, se existir;

g) se a pessoa segurada ou seu representante não efetuarem o pagamento dos valores devidos para manutenção da apólice até o fim do período de suspensão sem reabilitação da apólice;

h) se a pessoa segurada praticar ato comprovadamente fraudulento ou que caracterize tentativa de fraude contra a seguradora.

Cancelada a apólice, não será devido qualquer pagamento pela pessoa segurada à seguradora e, se ocorrer algum pagamento indevido, o valor será restituído com juros e correção monetária.

A apólice não será cancelada pela seguradora durante a sua vigência em caso de alteração da natureza dos riscos da pessoa segurada.

Em caso de pedido de cancelamento para apólices com forma de pagamento em débito automático em conta-corrente, é preciso que a pessoa responsável pelo pagamento solicite o cancelamento em até 30 (trinta) dias antes do dia do débito. Caso contrário, o cancelamento somente ocorrerá no mês seguinte ao débito, com comunicação prévia à pessoa segurada.

19 VALOR DE RESGATE DA COBERTURA PRINCIPAL

O valor do resgate é uma reserva em dinheiro, constituída pela seguradora, para garantir a existência de recursos para pagamento do benefício em caso de morte. O valor poderá ser consultado na apólice e na proposta de contratação.

Esse valor é uma característica desta cobertura principal vitalícia e começa a ser constituído **a partir do 25º mês contado da data da emissão da apólice**.

Antes do 25º mês, não há valor a ser resgatado, salvo se o pagamento tiver sido feito em uma única parcela, situação em que a apólice de seguro já se encontra quitada e o valor de resgate estará formado desde o primeiro mês, contado da data da emissão.

Sobre o valor do resgate, é muito importante:

a) não é o valor equivalente à soma das parcelas pagas pela pessoa responsável pelo pagamento;

b) o valor do resgate leva em conta fatores como idade da pessoa segurada na data da contratação; sexo; variáveis como mortalidade, morbidade e invalidez; capital segurado, valor e período de pagamento do seguro;

c) se a apólice for cancelada, a pessoa segurada terá direito de receber o valor do resgate formado até o momento do cancelamento, descontado qualquer valor referente a pagamentos em atraso;

d) parte do valor do resgate poderá ser pago à pessoa segurada se houver redução do capital segurado da cobertura principal vitalícia;

e) será atualizado mensal e monetariamente, com base na variação mensal do IPCA/IBGE do 3º (terceiro) mês anterior ao da atualização (aniversário da apólice);

f) não é contrato de previdência privada;

g) não é um investimento financeiro.

Quando o valor do resgate pode ser recebido pela pessoa segurada?

- em sua totalidade, com cancelamento integral da apólice; ou
- parcialmente, quando for reduzido o capital segurado da cobertura principal vitalícia na mesma proporção.

O valor de resgate será liberado por crédito em conta-corrente ou poupança de titularidade da pessoa segurada, estabelecida no Brasil, no prazo de até 30 (trinta) dias da data do recebimento do pedido na seguradora, desde que a documentação esteja completa.

A pessoa segurada poderá consultar o valor de resgate na **Área de Clientes** da Prudential do Brasil. Também poderá ter informações sobre o valor de resgate pelos nossos canais de atendimento, diretamente com a pessoa que cuida do seu seguro, na proposta ou na apólice do seguro contratado.

O valor de resgate pode sofrer dedução se a pessoa segurada tiver parcelas em atraso.

Quando houver pagamento de benefício total da cobertura principal, a apólice será cancelada e não haverá mais direito ao recebimento de valor de resgate.

20 INDICAÇÃO OU ALTERAÇÃO DE PESSOAS BENEFICIÁRIAS

A pessoa segurada é livre para indicar uma ou mais pessoas beneficiárias. Também poderá modificar a indicação livremente, sempre com comunicação expressa à seguradora.

Poderão ser indicadas pessoas beneficiárias primárias e secundárias. Apenas se as primeiras faltarem, o capital segurado será pago às secundárias. Também poderão ser indicadas pessoas beneficiárias terciárias, que receberão o valor do capital segurado quando não for possível para as beneficiárias primárias ou secundárias.

A companheira/o companheiro de quem contratou o seguro pode ser indicada como beneficiária, desde que esta esteja separado de fato ou de direito.

Na falta de indicação de pessoa beneficiária, ou na perda desta condição por parte dela, o benefício será pago de acordo com a legislação vigente, ou seja, para os herdeiros legais.

Quando o pagamento da cobertura for por meio de reembolso de despesas, exclusivamente caso a cobertura assim preveja, as pessoas beneficiárias serão aquelas que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

21 ACIONAMENTO DO SEGURO

Atenção: quando ocorrer um evento coberto, o fato deve ser comunicado imediatamente à seguradora por meio dos canais de atendimento. Tenha sempre os números de contato com você e os informe também a seus familiares.

Os eventos cobertos que possam gerar o direito ao recebimento do capital segurado deverão estar comprovados por meio de documentos (boletim de ocorrência, laudo de atendimento médico, comprovantes de despesas médicas, de transporte, hospitalares ou semelhantes, entre outros). Ao final destas condições gerais, consta a lista de documentos necessários por evento coberto, no Anexo.

Se, apesar dos documentos apresentados, a seguradora ainda tiver dúvida fundamentada, será permitido que solicite documentos ou informações complementares ou perícia realizada por médicos especialistas contratados e custeados pela seguradora.

A seguradora pode, em caso de dúvida fundada e justificável, tomar todas as providências em relação aos fatos, arcando com os respectivos custos, para obter explicação completa do ocorrido. Pode, inclusive, pedir documentos que julgar necessários à comprovação dos fatos alegados.

Nos casos de acidente pessoal, a pessoa segurada deverá procurar imediatamente atendimento médico e cumprir integralmente a prescrição do médico assistente (que aten-

deu o caso ou que prescreveu o tratamento). Seguir o tratamento não é uma opção da pessoa segurada, é um dever que deverá ser cumprido até que seja dada a alta médica.

Os custos com a obtenção de documentos que comprovem o evento coberto pelo seguro serão de responsabilidade da pessoa segurada ou beneficiária. Não serão de responsabilidade da pessoa segurada ou beneficiária os documentos obtidos diretamente pela seguradora, dentre eles os custos de tradução de documentos internacionais.

Após receber a totalidade dos documentos, a segurada terá até 30 (trinta) dias de prazo para efetuar ou recusar o pagamento do benefício decorrente de evento coberto comprovadamente ocorrido. Se o prazo for ultrapassado, incidirão juros de mora a partir da data em que o pagamento deveria ter sido feito, assim como correção monetária.

Se a seguradora receber parte dos documentos necessários e for preciso solicitar outros, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso e voltará a contar a partir da data da entrega dos documentos solicitados.

O pagamento de benefício referente a coberturas diferentes é cumulativo quando decorrentes do mesmo evento coberto, exceto quando apresentado o contrário nas condições especiais das coberturas adicionais.

O valor do benefício a ser pago será atualizado monetariamente com base na variação positiva do IPCA/IBGE, calculado entre a data da ocorrência do evento segurado e a data do efetivo pagamento. Se a pessoa segurada ou a responsável pelo pagamento tiver quitado a apólice em uma única parcela, ou optar pelo pagamento anual, é seguida a mesma regra, calculada a partir do 3º mês anterior ao mês da atualização.

Se a seguradora atrasar o valor do pagamento do benefício, ficará sujeita a:

- **a)** pagamento de multa de 2% (dois por cento) aplicada ao montante do valor em atraso;
- **b)** 1% de juros ao mês proporcionalmente ao período de atraso;
- **c)** correção monetária pelos percentuais do IPCA/IBGE.

A pessoa beneficiária do pagamento poderá escolher se o crédito deverá ser realizado por depósito em conta-corrente ou em conta poupança da instituição indicada.

Se a pessoa segurada falecer durante o período de vigência da apólice em decorrência de um evento coberto e já tiver ocorrido pagamento parcial antecipado do capital segurado, esse valor será subtraído do valor a ser pago às pessoas beneficiárias.

No caso de a modalidade de seguro ter sido alterada para valor saldado ou seguro com **benefício prolongado**, o capital segurado a ser pago em decorrência da morte ou invalidez permanente e total por acidente será no valor fixado após a mudança da modalidade de seguro, vigente na data em que o evento ocorreu (morte ou acidente causador da invalidez permanente e total).

Se durante o período de carência a pessoa segurada falecer, a **reserva técnica** constituída será paga às pessoas beneficiárias indicadas.

Caso a morte ou invalidez total e permanente por acidente não esteja coberta pelo seguro, não será devido o pagamento de nenhum valor. A pessoa segurada ou as beneficiárias serão comunicadas de forma justificada e poderão esclarecer eventuais dúvidas pelos canais de atendimento.

Esta cobertura principal não prevê reintegração do capital segurado após o pagamento da indenização. No entanto, algumas coberturas adicionais podem prever reintegração. Leia as condições especiais das **coberturas adicionais** para conhecer suas regras próprias.

21.1 Pagamento de benefício por morte

Se a pessoa segurada falecer durante a vigência do seguro em razão de um evento coberto, a seguradora pagará o benefício por morte às pessoas beneficiárias.

Para pagamento integral do benefício, conforme descrito na apólice, as pessoas beneficiárias deverão seguir o disposto no item Acionamento do seguro e apresentar os documentos do Anexo.

Adiantamento parcial do benefício por morte

Não há cobrança adicional para este benefício.

As pessoas beneficiárias poderão solicitar adiantamento parcial do capital segurado em caso de morte da pessoa segurada, para que possam arcar com despesas imediatas. Para que isso possa ser feito, é preciso que a apólice de seguro não esteja em período de contestação.

O adiantamento poderá ser de até 25% do capital segurado, limitado ao valor máximo de R$ 10.000,00 (dez mil reais), e somente da cobertura principal, porque não há previsão de adiantamento para as coberturas adicionais.

A solicitação desse benefício deverá ser realizada por meio de formulário próprio e deverão ser apresentados: cópias de documentos pessoais das pessoas beneficiárias, como RG, CPF, certidão de óbito da pessoa segurada, comprovante de residência e, em caso de óbito decorrente de acidente, a cópia do boletim de ocorrência.

Para garantia dos efeitos legais, o solicitante deverá ser maior de 18 anos e ser indicado no contrato de seguro como pessoa destinatária do adiantamento parcial do benefício. Cada pessoa beneficiária terá direito de solicitar o adiantamento de sua parte, independentemente do pedido das demais. Esse valor será limitado ao percentual de benefício que a ela tiver direito na apólice, respeitado o valor máximo de R$ 10.000,00 (dez mil reais).

Por se tratar de um adiantamento, quando for pago o capital segurado total previsto na apólice, os valores adiantados serão subtraídos.

A seguradora deverá efetuar o pagamento em até 02 (dois) dias úteis após a entrega dos documentos. O pagamento será feito por meio de depósito em conta-corrente ou conta poupança, conforme indicado expressamente no formulário preenchido na solicitação do pedido.

21.2 Pagamento de benefício por Invalidez Permanente e Total por Acidente

O capital segurado contratado para as coberturas de Invalidez Permanente e Total por Acidente será pago à pessoa segurada quando comprovada a situação de invalidez. Se não houver comprovação expressa da invalidez permanente e total decorrente de

evento coberto, a seguradora manterá a apólice ativa e as cobranças continuarão a ser de responsabilidade da pessoa segurada ou da responsável pelo pagamento, até o final da vigência.

Se houver comprovação da invalidez permanente e total por acidente, o valor a ser pago será atualizado a partir da data do fato que gerou a invalidez até a data em que ocorrer o pagamento, sendo aplicados os índices do IPCA/IBGE.

Caso seja realizado o pagamento parcial deste benefício e a pessoa segurada tiver até 75 anos de idade, ela será dispensada dos pagamentos pelo seguro.

21.3 Pagamento de benefício por Doença Terminal com expectativa de vida de até 6 (seis) meses

A antecipação parcial do capital segurado por doença terminal será paga em parcela única.

21.4 Junta médica

Junta médica é uma modalidade de mediação de conflitos. É utilizada todas as vezes em que existir divergência sobre causa, natureza ou extensão das lesões sofridas pela pessoa segurada.

Nesses casos, a seguradora proporá a realização de uma junta médica composta:

- pelo médico assistente da pessoa segurada;
- pelo médico da seguradora e
- por um terceiro médico, indicado de comum acordo (da pessoa segurada e da seguradora).

Custos: cada parte pagará os custos de seu médico, e o terceiro terá seus custos (honorários, deslocamento, alimentação, hospedagem entre outros) pagos pela seguradora e pela pessoa segurada, em partes iguais.

Prazos: a seguradora tem 15 (quinze) dias de prazo, a contar da data do recebimento dos documentos enviados pela pessoa segurada, para propor a realização da junta médica; a junta médica deverá ser formada em 15 (quinze) dias.

As providências tomadas pela seguradora para análise do ocorrido não caracterizam obrigação de pagamento do benefício.

A proposta de junta médica não proíbe a seguradora de ter acesso a dados clínicos ou cirúrgicos da pessoa segurada, nem a solicitação de perícia médica, que poderá ser realizada em visita domiciliar ou hospitalar. Essas medidas serão adotadas apenas nos casos em que houver dúvida razoável da seguradora sobre os fatos e os danos decorrentes.

Terão acesso aos resultados apurados apenas a pessoa segurada, seu representante legal e a seguradora. Os dados obtidos deverão, obrigatoriamente, ser mantidos em sigilo em respeito à Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD e à proteção dos direitos fundamentais prevista na Constituição Federal do Brasil.

22 OPÇÕES PARA RECEBER O BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

Quando houver direito ao pagamento do benefício, as pessoas beneficiárias poderão escolher uma das seguintes formas de receber o valor, salvo indicação prévia feita expressamente pela pessoa segurada:

a) Pagamento total do benefício: em ato único.

b) Pagamento parcial do benefício: de acordo com o percentual escolhido pela pessoa segurada ou pelas beneficiárias, e o restante, pago como renda, conforme uma das opções descritas a seguir.

c) Renda durante um período predeterminado: o benefício total ou parcial poderá ser pago, anual ou mensalmente, na forma de renda durante determinado período. O valor das parcelas da renda será o mesmo durante o período de pagamento e será estabelecido no início dos pagamentos. Será atualizado a cada aniversário do evento, com incidência de percentual para correção monetária, com período previamente determinado pela seguradora; ou

d) Renda de valor fixo em que o benefício total ou parcial poderá ser pago em parcelas fixas, anual ou mensalmente, até o consumo de todo o capital segurado contratado. O valor será reajustado a cada aniversário do evento coberto e terá atualização monetária.

Caso ocorra o falecimento da pessoa beneficiária do pagamento da renda durante o período de recebimento do benefício, a seguradora efetuará o pagamento do valor total das prestações que faltarem ao herdeiro legal, em ato único. Será calculado o valor presente da renda descontada a uma taxa de juros de 2% ao ano, referente ao valor atualizado das prestações futuras que serão pagas em uma única parcela.

Caso seja escolhida a opção de pagamento em forma de renda, as pessoas beneficiárias poderão optar por receber em um único pagamento o valor total correspondente aos pagamentos em renda a receber. No entanto, caso a pessoa segurada tenha solicitado o contrário, deverá ser respeitada a vontade expressa da pessoa segurada sobre o pagamento aos seus beneficiários.

Quando a seguradora realizar o pagamento do benefício das coberturas de Morte ou de Invalidez Permanente e Total por Acidente, a pessoa segurada terá direito de escolher o modo de pagamento do benefício, de acordo com as opções disponíveis nestas condições gerais.

A pessoa beneficiária poderá solicitar o pagamento das rendas a receber em uma única parcela. O valor correspondente à antecipação das rendas futuras será calculado descontado a uma taxa de 2% ao ano.

A pessoa segurada ou a beneficiária receberá da seguradora documento com especificação do período e do valor de cada parcela mensal a ser recebida.

23 ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

Os valores monetários a que se referem estas condições gerais estão sempre em moeda nacional.

Capital segurado e parcelas do seguro

Os capitais segurados e as parcelas a pagar pelo seguro serão atualizados anualmente, no aniversário da apólice, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização. A apólice de seguro não prevê nenhuma outra forma de atualização.

O valor das parcelas desta cobertura principal é nivelado durante a sua vigência, não havendo reajuste por mudança de idade. Isso significa que:

- serão aplicadas apenas atualizações monetárias ao capital segurado;
- o valor das parcelas a serem pagas será atualizado na mesma proporção.

Valor de resgate

O **valor de resgate** será atualizado mensal e monetariamente, com base na variação mensal do IPCA/IBGE do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.

Entre a data da solicitação do resgate e a data do efetivo pagamento, será aplicada correção monetária com base na variação acumulada do IPCA/IBGE. O pagamento do resgate será feito em até 30 (trinta) dias (desde que a documentação esteja completa). Caso não

isso não ocorra, o pagamento do resgate será acrescido de multa de 2% (dois por cento), juros de 1% ao mês proporcionalmente ao período decorrido.

A taxa de juros prevista nesse produto a ser aplicada para o valor de resgate será de 3% ao ano e já foi considerada na tabela de valor de resgate apresentada na proposta de contratação e na apólice. Não é adequado simular sobre esses valores quaisquer projeções de índices inflacionários ou rentabilidade financeira.

Aplicam-se apenas as atualizações monetárias sobre os valores de resgate informados na proposta de seguro de vida e na apólice, conforme o IPCA/IBGE.

Esses valores não correspondem à rentabilidade de investimento ou plano de previdência, que possuem natureza diversa deste seguro de vida.

Pagamento em forma de renda

Em caso de benefício pago em forma de renda, uma **reserva técnica** será constituída pela seguradora e atualizada monetariamente, a cada ano, na mesma data de aniversário da ocorrência do evento coberto, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE durante o período de 12 (doze) meses, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.

A **reserva técnica** constituída será atualizada monetariamente e seu saldo será capitalizado mensalmente, com base na taxa de juros de 2% a.a. (dois por cento ao ano).

Inclui-se às rendas o valor da diferença entre a atualização mensal desta **Reserva técnica** e a atualização anual aplicada à mesma.

Atenção:

Caso não seja possível adotar procedimentos de atualização monetária previstos nestas condições gerais, **a pessoa segurada, a beneficiária, a responsável pelo pagamento e a seguradora acordam o seguinte:**

a) se extinto o IPCA/IBGE, será usado o INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) do IBGE ou, na sua falta, o índice que vier a ser autorizado pela Susep;

b) será interrompida imediatamente a atualização monetária de todos os valores inerentes a este seguro, caso está venha a ser vedada; ou

c) se proibida a utilização de indexadores, a atualização monetária prevista neste item será ajustada conforme deliberação do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente.

O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito mesmo sem notificação judicial, de uma só vez, com os demais valores da apólice.

24 EXTRATO

A seguradora disponibilizará à pessoa segurada extrato com os valores atuais do pagamento mensal, do capital segurado, bem como do valor de resgate e outras informações, periodicamente e sempre que solicitado pela pessoa segurada. A solicitação poderá ser feita pelos nossos canais de atendimento.

25 FORO

Para resolução de pendências ou dúvidas sobre este seguro, fica eleito o foro do domicílio da pessoa segurada ou das pessoas beneficiárias.

26 DISPOSIÇÕES FINAIS

É dever da pessoa segurada informar imediatamente à seguradora qualquer mudança de endereço, dos dados de conta bancária ou do cartão de crédito para cobrança de parcelas ou outros valores devidos para manutenção do seguro.

Os prazos prescricionais, ou seja, períodos após os quais há perda do direito de ação contra a seguradora, serão os previstos no Código Civil Brasileiro. Os tributos que incidirem sobre este contrato serão também os da legislação em vigor.

As condições gerais deste seguro encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico https://www.susep.gov.br/ O registro de produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

A pessoa segurada poderá consultar a situação cadastral da sua corretora de seguros/corretor e da sociedade seguradora no endereço eletrônico https://www.susep.gov.br/.

As condições gerais e especiais estarão à disposição da pessoa proponente antes da assinatura da proposta de contratação.

A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.

Qualquer devolução de valores cobrados ou qualquer outro valor pago pela pessoa segurada será realizada pela seguradora por meio de crédito em conta bancária ou restituição via cartão de crédito, obrigatoriamente de titularidade da pessoa responsável pelo pagamento, conforme termos e condições deste seguro.

Para os casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

A Prudential do Brasil Seguros S.A. se preocupa com a privacidade e a proteção dos dados pessoais de seus clientes, cumprindo todas as legislações aplicáveis, em especial, a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

Caso a pessoa titular dos dados pessoais tenha interesse em obter mais informações sobre como os seus dados serão tratados pela Prudential, ele poderá consultar nossa

Política de Privacidade, disponível em https://www.prudential.com.br/politica-de-privacidade.

Independentemente de quaisquer outros termos previstos na proposta de contratação ou nas condições gerais e especiais do seguro, a seguradora não fornecerá qualquer cobertura ou serviço nem fará qualquer pagamento/reembolso/devolução à pessoa segurada, a pessoas beneficiárias ou qualquer terceira se elas estiverem sob embargos ou sanções econômicas ou comerciais aplicados legalmente por organismos nacionais ou internacionais. Por exemplo:

a) **Programa de Sanções administradas e publicadas pelo OFAC – Office of Foreign Assets Control, agência de inteligência ligada ao Departamento de Tesouro dos Estados Unidos.**

b) **Resoluções do CSNU – Conselho de Segurança das Nações Unidas – ou as designações de seus comitês de sanções que determinem a indisponibilidade de ativos, de quaisquer valores, de titularidade direta ou indireta de pessoas naturais, de pessoas jurídicas ou de entidades, nos termos da Lei nº 13.810/2019).**

Quando a seguradora identificar, em um contrato de seguro vigente, uma pessoa segurada, beneficiária ou terceira nessas condições, haverá automática e instantaneamente uma suspensão de direitos (incluindo o recebimento de benefícios, resgates e devoluções de valores pagos pela pessoa segurada) até que ocorra disposição contrária, na forma da legislação vigente.

27 EXPLICAÇÃO DE TERMOS TÉCNICOS

A

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

a) sequestros e tentativas de sequestros;

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

Não são consideradas acidente:

a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto.

b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

Apólice: documento legal emitido pela seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pela pessoa proponente, sendo composta por todas as condições para coberturas principal e adicionais contratadas pela pessoa segurada.

A

Articulação interfalangeana: é a articulação entre as falanges proximal e distal do polegar ou entre as falanges proximal e média ou média e distal dos demais dedos.

Articulação metacarpofalangeana: é a articulação formada pelos ossos metacarpianos e falanges proximais da mão.

Atos ilícitos dolosos: são atos ilegais, praticados intencionalmente, e que não serão considerados como acidente para fins deste seguro. É o caso de agressões físicas, prática ou tentativa de furto ou roubo, condução de veículos em competições informais (rachas), entre outros.

Ato de terrorismo: ato terrorista é a prática de atos criminosos por razões de xenofobia, discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia e religião, quando cometidos com a finalidade de provocar terror social ou generalizado, expondo a perigo pessoa, patrimônio, a paz pública ou a incolumidade pública, desde que assim reconhecidos pela autoridade pública competente.

C

Capital segurado: valor estabelecido na apólice e nesta condição geral como benefício para cada cobertura contratada, e que representa o valor máximo a ser pago pela seguradora quando ocorrer um evento coberto pela condição principal ou nas condições adicionais contratadas.

Capitalização atuarial: cálculo específico da ciência atuarial destinado para a formação da **Reserva Técnica**, que utiliza os juros estipulados contratualmente e outras variáveis específicas de cada contratação como: a probabilidade de ocorrência de evento coberto do seguro em questão, variáveis biométricas (idade e sexo), ano de vigência da apólice, tipos de coberturas contratadas e o capital segurado.

Capitalização financeira: método proveniente da matemática financeira pelo qual se obtém um montante resultante exclusivamente da aplicação de uma taxa de juros sobre um valor monetário inicial, podendo esta ser simples ou composta.

Carregamento: percentual incidente sobre os valores cobrados da pessoa segurada para fazer face às despesas de administração e comercialização da seguradora. Este percentual varia em função da idade de contratação, do sexo da pessoa segurada e do prazo escolhido para pagamento, e constará, em seu percentual exato, na apólice.

C

Coberturas de risco: coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência da pessoa segurada a uma data predeterminada.

Cobertura principal: corresponde aos riscos assumidos pela seguradora na ocasião da contratação do seguro.

Cobertura adicional: coberturas contratadas além da principal, facultativamente, mediante cobrança de valor adicional a ser pago pela pessoa segurada ou pela responsável pelo pagamento. Coberturas adicionais somente poderão ser contratadas se for feita a contratação da cobertura principal.

Comissura: ângulo entre o polegar e face medial do 2º dedo.

Condições contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

Condições especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura contratadas em um mesmo contrato de seguro.

Condições gerais: conjunto de cláusulas que disciplina os direitos e obrigações da seguradora, da pessoa segurada e das pessoas beneficiárias, bem como as especificidades do contrato de seguro.

Corretora de seguros/corretor: intermediária legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre a seguradora e o público consumidor em geral.

D

Declaração pessoal de saúde: conjunto de informações fornecidas pela pessoa proponente à seguradora sobre suas condições de saúde, seu histórico médico familiar e suas atividades, que configura parte integrante da proposta de contratação e/ou de reabilitação. É dever legal da pessoa proponente/segurada fornecer informações verdadeiras e completas para viabilizar a análise de risco pela seguradora.

Doença em estágio terminal: considera-se estágio terminal de determinada doença a condição clínica e funcional de paciente para quem não se espera a sobrevida, depois de esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

D

Doenças ou lesões preexistentes: as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas antes da data de contratação do seguro, que sejam de prévio conhecimento da pessoa segurada e que, se não forem declaradas na proposta de contratação e/ou reabilitação, não geram para a seguradora o dever de pagar o capital segurado.

E

Eletroneuromiografia: exame que avalia componentes sensoriais e motores dos nervos e dos músculos, usado para diagnóstico e prognóstico de lesões do sistema nervoso periférico.

Exame complementar: exames diagnósticos (clínicos ou de imagem), solicitados pela seguradora para serem realizados pela pessoa segurada, com objetivo de caracterizar corretamente se há cobertura securitária para a situação de saúde da pessoa segurada.

F

Falange: cada um dos ossos que formam os dedos das mãos e dos pés. Cada dedo da mão possui três falanges (proximal, média e distal), com exceção do polegar, que possui duas (proximal e distal).

Falange distal: falange mais distante da palma da mão.

Falange média: localizada entre a falange proximal e a falange distal.

Falange proximal: falange mais próxima da palma da mão.

G

Garantias: responsabilidades assumidas pela seguradora decorrentes do seguro contratado.

I

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

Invalidez permanente e total ou majorada por acidente: é aquela para a qual, face às lesões físicas causadas à pessoa segurada por acidente pessoal coberto, não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade, e que gera a perda ou impotência funcional definitiva de um membro ou órgão.

M

Metacarpo: parte da mão entre os dedos e o punho.

Metástase a distância: nova lesão tumoral maligna que se desenvolve a partir de uma já existente, sem que haja continuidade entre as duas. Implica o desprendimento de células cancerosas do tumor maligno primário, disseminação por via sanguínea ou linfática, e implantação e crescimento do câncer em outro local do corpo humano (tumor maligno secundário).

Movimento de oposição do polegar: combinação dos movimentos de flexão, adução e pronação do primeiro metacarpo.

Movimento de pinça: é o movimento de oposição do polegar combinado com o movimento de aproximação dos demais dedos.

N

Nervo mediano: nervo misto que se origina no plexo braquial e inerva nos músculos da mão.

Nota técnica atuarial: documento elaborado por atuário que contém a estruturação técnica do seguro, elaboradas a partir das coberturas principal e adicionais contratadas.

P

Período de não contestação: período durante o qual a seguradora não poderá alegar doença ou lesão preexistente para contestar o pagamento de benefício, observadas as regras estabelecidas no item **Declarações inexatas e omissões**.

Período de suspensão: período de 3 (três) anos contados a partir do dia imediatamente posterior ao fim do **período de tolerância**, na falta de pagamento dos valores de responsabilidade da pessoa segurada, durante o qual ela não terá direito a qualquer das coberturas constantes destas condições gerais, e poderá optar por reabilitar ou cancelar a apólice.

Período de tolerância: período de 60 (sessenta) dias corridos, contados a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do pagamento da parcela vencida e não paga, durante o qual a pessoa segurada ainda terá direito às coberturas contratadas.

P

Pessoa assistida: pessoa beneficiária em gozo do recebimento do benefício sob a forma de renda.

Pessoa beneficiária primária: pessoa física ou jurídica designada na apólice, a quem deve ser pago o benefício em caso de evento coberto.

Pessoa beneficiária secundária: pessoa física ou jurídica designada na apólice, a quem deve ser pago o benefício na falta de pessoas beneficiária primária viva na ocasião do evento coberto, respeitada a legislação em vigor. Caso um ou mais pessoas beneficiárias primárias faleçam antes da pessoa segurada, o percentual correspondente do benefício será dividido entre as pessoas beneficiárias primárias.

As pessoas beneficiárias secundárias receberão o benefício apenas quando não houver beneficiárias primárias vivas, ou ainda, se eventuais pessoas herdeiras das beneficiárias primárias não tiverem adquirido direito ao seu recebimento enquanto elas ainda estavam vivas.

Pessoa beneficiária terciária: pessoas físicas ou jurídicas, designadas na apólice, a quem deve ser pago o benefício na falta de pessoas beneficiárias secundárias vivas na ocasião do evento coberto, respeitada a legislação em vigor. Caso um ou mais pessoas beneficiárias secundárias faleçam antes da pessoa segurada, o percentual correspondente do benefício será dividido entre as pessoas beneficiárias secundárias.

As pessoas beneficiárias terciárias receberão o benefício apenas quando não houver pessoas beneficiárias primárias e secundárias vivas, ou ainda, se eventuais pessoas herdeiras destas não tiverem adquirido direito ao seu recebimento enquanto estes ainda estavam vivas.

Pessoa proponente: pessoa, física ou jurídica, que pretende contratar o seguro, apresentando à seguradora uma proposta de contratação com informações de sua responsabilidade.

Pessoa segurada: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco para a qual o seguro será contratado.

P

Prazo de carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado em relação a parte aumentada ou da reabilitação, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência de evento coberto, a pessoa segurada ou as pessoas beneficiárias não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

Prêmio: valor pago pela pessoa segurada ou responsável pelo pagamento à seguradora para custear o seguro, também denominado parcela ou valor de responsabilidade da pessoa segurada.

Proposta de contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, mediante o qual a pessoa proponente expressa a intenção de contratar o seguro com esta seguradora, manifestando pleno conhecimento das regras estabelecidas por estas condições gerais.

R

Representante de seguros: a pessoa jurídica que assumir a obrigação de promover, ofertar ou distribuir produtos de seguros, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, à conta e em nome de sociedade seguradora, sem prejuízo de realização de outras atividades.

Reserva técnica: característica dos seguros de pessoas com coberturas de risco no regime financeiro de capitalização atuarial, que considera probabilidades, variáveis biométricas (mortalidade, morbidade, invalidez e outras) e taxa de juros para fazer face aos compromissos da seguradora com as pessoas seguradas.

Responsável pelo pagamento: pessoa física ou jurídica que se obriga a pagar os valores devidos pela pessoa segurada.

Risco: evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, que ocorre independentemente da vontade da pessoa segurada.

Risco coberto: evento previsto na apólice de seguro de vida que, em caso de comprovada concretização, dá origem à liberação do benefício.

Riscos excluídos: eventos previstos nas condições gerais e especiais que não estão cobertos pelo presente seguro.

S

Seguradora: Prudential do Brasil Seguros S.A., registrada no CNPJ sob o nº 21.986.074/0001-19, constante da proposta de contratação, que assume os riscos inerentes às coberturas, nos termos deste seguro.

Seguro: contrato pelo qual uma das partes (seguradora) se obriga para com a outra (pessoa segurada), mediante o recebimento de um valor (mensal ou anual), a indenizá-la ou a terceiro(s) por riscos previstos na apólice.

Seguro com benefício prolongado: interrupção definitiva do pagamento do valor de responsabilidade da pessoa segurada, mantendo-se, de forma temporária, o direito às coberturas de Morte e Invalidez Permanente e Total por Acidente, no valor do capital segurado em vigor na data de solicitação da interrupção.

Seguro com valor saldado: interrupção definitiva do pagamento do valor de responsabilidade da pessoa segurada, mantendo-se o direito às coberturas de Morte, de Invalidez Permanente e Total por Acidente e Diagnóstico de Doença Terminal com Expectativa de Vida de até 6 Meses, pelo mesmo período contratado originalmente, com o valor do capital segurado reduzido na data de solicitação de interrupção.

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

T

Tecnologia assistiva: conjunto de recursos e serviços que promovem uma melhor qualidade de vida para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

V

Valor de resgate: restituição de parte da **Reserva Técnica**. Serão deduzidos do pagamento do valor de resgate eventuais valores devidos pela pessoa segurada à seguradora, como: montante principal e os juros acumulados em quaisquer assistências financeiras utilizadas e ainda não quitadas e quaisquer valores devidos pela pessoa segurada e não pagos, acrescidos de multa, juros e atualização monetária. O valor de resgate não representa o somatório dos valores pagos pela pessoa segurada. Sobre o valor de resgate, pode incidir imposto de renda.

ANEXOS – DOCUMENTAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIOS

Benefício por morte da pessoa segurada:

- certidão de óbito da pessoa segurada;
- certidão de casamento atualizada da pessoa segurada, se for o caso;
- documento de identidade e CPF da pessoa segurada e das pessoas beneficiárias;
- certidão de nascimento da pessoa segurada e das pessoas beneficiárias, quando menores de 18 (dezoito) anos;
- comprovante de residência da pessoa segurada e das pessoas beneficiárias, não podendo ser anterior a 6 (seis) meses;
- comprovante de telefone e DDD da pessoa segurada e pessoas beneficiárias;
- comprovante de profissão da pessoa segurada e pessoas beneficiárias;
- CNPJ e contrato/estatuto social, caso a pessoa beneficiária seja pessoa jurídica;
- comprovante de endereço da pessoa beneficiária jurídica, não podendo ser anterior a 6 (seis) meses;
- comprovante de telefone e DDD da pessoa beneficiária jurídica;
- comprovante da situação patrimonial e financeira em caso de pessoa beneficiária jurídica;
- carteira nacional de habilitação da pessoa segurada, se ela era acondutora na ocasião do acidente;
- brevê de piloto e atestado de navegabilidade de aeronave da pessoa segurada, se ela era a piloto na ocasião do acidente;
- carteira de habilitação náutica da pessoa segurada, se ela era piloto da embarcação na ocasião do acidente;
- resultado do exame de dosagem alcoólica no sangue e laudo toxicológico, se a pessoa segurada era a condutora do veículo, aeronave ou embarcação na ocasião do acidente;

- formulário de aviso de sinistro, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pela pessoa beneficiária;
- documento assinado pelo médico assistente da pessoa segurada, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo, com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
- cópia do prontuário médico de internação hospitalar da pessoa segurada, se houve internação;
- boletim de ocorrência policial, em caso de morte violenta ou suspeita;
- auto de reconhecimento de cadáver, exame odonto-legal de reconhecimento ou de DNA, se a morte for por carbonização;
- laudo de necropsia (laudo do exame cadavérico do Instituto Médico Legal – IML), em caso de morte violenta ou suspeita;
- termo de tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de pessoa beneficiária menor e órfão de pai e mãe;
- quando a pessoa beneficiária tiver alienação mental total e incurável ou ainda em qualquer hipótese legalmente prevista, poderá ser necessária a apresentação de termo de curatela; e
- opção de recebimento do benefício assinada por cada pessoa beneficiária (formulário fornecido pela seguradora). No caso de pessoa beneficiária menor de 18 (dezoito) anos, a pessoa responsável direta por ela deverá assinar o documento.

Benefício por Invalidez Permanente e Total por Acidente da pessoa segurada:

- formulário de aviso de sinistro, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pela pessoa segurada ou seu representante legal;
- documento assinado pelo médico assistente da pessoa segurada, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
- documento de identidade e CPF da pessoa segurada;
- certidão de nascimento da pessoa segurada, quando menor de 18 (dezoito) anos;
- comprovante de residência da pessoa segurada, não podendo ser anterior a 6 (seis) meses;
- comprovante de telefone e DDD da pessoa segurada;
- comprovante de profissão da pessoa segurada;
- boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- cópia do prontuário médico de internação hospitalar da pessoa segurada, se houve internação;
- carteira nacional de habilitação da pessoa segurada, se ela era a condutora na ocasião do acidente;
- brevê de piloto e atestado de navegabilidade de aeronave da pessoa segurada, se ela era piloto na ocasião do acidente;
- carteira de habilitação náutica da pessoa segurada, se ela era piloto da embarcação na ocasião do acidente;
- resultado do exame de dosagem alcoólica no sangue e laudo toxicológico, se a pessoa segurada era condutora do veículo, aeronave ou embarcação na ocasião do acidente;
- cópias de exames desde a data do acidente até a alta médica;
- CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se o acidente ocorreu em local de trabalho;
- resultado do exame de corpo de delito realizado pelo Instituto Médico Legal (IML), se tiver sido realizado; e
- declaração médica, reconhecendo o estado de invalidez permanente e total por acidente. A assinatura do médico deverá ter firma reconhecida.

Benefício por Invalidez Permanente e Majorada por Acidente da pessoa segurada:

- formulário de aviso de sinistro, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pela pessoa segurada ou representante legal;
- documento assinado pelo médico assistente da pessoa segurada, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
- documento de identidade e CPF da pessoa segurada;
- certidão de nascimento da pessoa segurada, quando menor de 18 (dezoito) anos;
- comprovante de residência da pessoa segurada, não podendo ser anterior a 6 (seis) meses;
- comprovante de telefone e DDD da pessoa segurada;
- comprovante de profissão da pessoa segurada;
- boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- cópia do prontuário médico de internação hospitalar da pessoa segurada, se houve internação;
- carteira nacional de habilitação da pessoa segurada, se ela era condutora na ocasião do acidente;
- brevê de piloto e atestado de navegabilidade de aeronave da pessoa segurada, se ela era piloto na ocasião do acidente;
- carteira de habilitação náutica da pessoa segurada, se ela era piloto da embarcação na ocasião do acidente;
- resultado do exame de dosagem alcoólica no sangue e laudo toxicológico, se pessoa segurada era o condutor do veículo, aeronave ou embarcação na ocasião do acidente;
- cópias de exames desde a data do acidente até a alta médica;
- CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se o acidente ocorreu em local de trabalho;
- resultado do exame de corpo de delito realizado pelo Instituto Médico Legal (IML), se tiver sido realizado; e
- declaração médica, reconhecendo o estado de invalidez permanente e majorada por acidente. A assinatura do médico deverá ter firma reconhecida.

Benefício por Doença terminal com expectativa de vida de até 6 meses:

- formulário de aviso de sinistro, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pela pessoa segurada ou representante legal;
- documento assinado pelo médico assistente da pessoa segurada, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
- documento de identidade e CPF da pessoa segurada;
- certidão de nascimento da pessoa segurada, quando menor de 18 (dezoito) anos;
- comprovante de residência da pessoa segurada, não podendo ser anterior a 6 (seis) meses;
- comprovante de telefone e DDD da pessoa segurada;
- comprovante de profissão da pessoa segurada;
- cópia do prontuário médico de internação hospitalar da pessoa segurada, se houve internação;
- cópias de exames realizados pela pessoa segurada nos últimos 2 (dois) anos, principalmente aqueles realizados durante o tratamento da doença que motivou a solicitação da antecipação de benefício pago em vida;
- declaração médica informando a sobrevida da pessoa segurada e se todos os recursos terapêuticos foram realizados. A assinatura do médico deverá ter firma reconhecida.

Documentos necessários para pedir a indenização da cobertura Perda da Autonomia Pessoal

a) Formulário de acionamento do benefício para esta cobertura, fornecido pela seguradora, preenchido e assinado pela pessoa segurada ou seu representante legal;

b) Declaração médica assinada pelo médico assistente, indicando a data da efetiva perda da autonomia pessoal permanente. Na declaração médica, deverão constar: histórico médico, informações sobre as circunstâncias do evento e a caracterização da dependência de terceiros para realização de 4 (quatro) ou mais AVD. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e assinatura deste com firma reconhecida;

c) Declaração de sobrevivência da pessoa segurada;

d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível;

e) Cópia do prontuário médico de internação hospitalar da pessoa segurada, em caso de ter havido internação;

f) Carteira nacional de habilitação da pessoa segurada, se condutora na ocasião do acidente;

g) Brevê de piloto e atestado de navegabilidade de aeronave da pessoa segurada, se pilota na ocasião do acidente;

h) Carteira de habilitação náutica da pessoa segurada, se pilota da embarcação na ocasião do acidente;

i) Resultado do exame de dosagem alcoólica no sangue e laudo toxicológico, se a pessoa segurada era a condutora do veículo, aeronave ou embarcação na ocasião do acidente;

j) Documento de identidade e CPF da pessoa segurada;

k) Certidão de nascimento da pessoa segurada, quando menor de 18 (dezoito) anos;

l) Comprovante de residência da pessoa segurada, não podendo ser anterior a 6 (seis) meses. As declarações dos itens b e c são documentos obrigatórios para solicitar a análise do benefício.

COBERTURA ADICIONAL

Assistência Funeral

Condições Especiais

Prudential | itaú

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Clique nos tópicos para consultar um item

1. Definições

2. O que o seguro cobre

3. Vigência (validade da cobertura)

4. Capital segurado

5. Locais cobertos

6. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

7. Suspensão e reabilitação

8. Fim da cobertura

9. Acionamento do seguro

10. Disposições gerais

11. Anexo

Estas condições especiais se referem a uma cobertura adicional que pode ser contratada para integrar o seguro, aumentando a proteção.

Em caso de divergências, as regras destas condições especiais prevalecem sobre as regras das condições gerais.

Dúvidas? Entre em contato com nossos canais de atendimento.

1 DEFINIÇÕES

Serão usadas as mesmas definições do item **Explicação de termos técnicos** das condições gerais do seguro, além das definições a seguir:

Companheiro/cônjuge: companheiro será equiparado a cônjuge, desde que comprovada o vínculo com o titular da apólice.

Prestadora de serviços: empresa especializada em assistência com Central de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas por dia, acionável pelo telefone de discagem direta gratuita.

Solicitante: pessoa física que pagou pelo serviço, cujo nome consta nas notas fiscais emitidas e que receberá o reembolso das despesas ocorridas com o funeral. O reembolso é limitado ao capital segurado desta cobertura e ocorrerá mediante a comprovação das despesas. No caso de utilização da prestação dos serviços de Assistência Funeral, o solicitante será a pessoa física que vai acionar a prestadora de serviços.

2 O QUE O SEGURO COBRE

Esta cobertura garante a prestação de serviço de Assistência Funeral ou o reembolso das despesas com o funeral.

Esta cobertura só será válida se tiver sido contratada na apólice e se os respectivos pagamentos estiverem em dia.

Durante a contratação do seguro, é possível escolher entre:

- **Assistência Funeral Individual:** apenas para a pessoa segurada.
- **Assistência Funeral Familiar I:** para a pessoa segurada e seu cônjuge.
- **Assistência Funeral Familiar II:** para a pessoa segurada, cônjuge e filhos.
- **Assistência Funeral Familiar III:** para a pessoa segurada, cônjuge, filhos e ascendentes (pai, mãe, padrasto e madrasta).

A assistência Funeral admite ainda duas modalidades de contratação – Básica de R$ 12.000,00 (doze mil) reais de Capital Segurado e Plus de R$ 20.000,00 (vinte mil) reais de Capital Segurado.

O novo companheiro/cônjuge da pessoa segurada será considerado como cônjuge se, na data da contratação, a pessoa segurada já estava separada judicialmente ou de fato.

Enteados serão equiparados aos filhos menores dependentes da pessoa segurada, desde que comprovada a filiação do cônjuge ou companheiro da pessoa segurada.

Os ascendentes, que compreendem pai, mãe, padrasto e madrasta, deverão ter vínculo comprovado com a pessoa segurada. A comprovação se dará mediante apresentação de certidão de nascimento e certidão de casamento do pai/mãe com madrasta/padrasto.

Se utilizados os serviços de Assistência Funeral, não haverá reembolso das despesas.

Para Assistência Funeral Familiar III, há a **limitação de, no máximo, dois acionamentos para ascendentes.**

Caso o serviço da prestadora não seja acionado, a pessoa beneficiária poderá acionar a seguradora para pagamento do reembolso das despesas.

Caso tenha sido solicitado reembolso de despesas, a seguradora reembolsará os valores gastos previstos na **Lista de Serviços de Assistência Funeral (Despesas Reembolsáveis) até o limite do capital segurado e mediante comprovação dos gastos.**

Os serviços de Assistência Funeral pela prestadora de serviços estão disponíveis apenas para as pessoas seguradas e/ou seus cônjuges e/ou seus filhos e/ou ascendentes com domicílio no Brasil.

A opção de reembolso de despesas ao solicitante está disponível tanto para as pessoas seguradas e/ou seus cônjuges e/ou seus filhos e/ou ascendentes com domicílio no Brasil ou no exterior. A prestação de serviço ou reembolso deverá ainda considerar as disposições do item **Locais Cobertos pelo seguro** destas condições especiais.

A idade máxima de contratação pode variar conforme opções de período de pagamento da cobertura principal.

A idade máxima de saída desta cobertura é aos 100 (cem) anos da pessoa segurada; aos 100 (cem) anos do cônjuge e aos 24 (vinte e quatro) anos dos filhos ou enteados. Não há idade máxima de saída para ascendentes.

Idade mínima de contratação	Idade máxima de contratação
14 anos	75 anos

Lista de serviços de Assistência Funeral da prestadora de serviços ou reembolsáveis (despesas reembolsáveis):

a) Formalidades administrativas

Modalidade básica: após a liberação do corpo pelo Instituto Médico Legal ou hospital, a prestadora de serviços disponibilizará um representante, que irá ao domicílio da pessoa segurada, ou de seu cônjuge, ou de seu filho, ou de seu ascendente, quando previsto na cobertura, ou ao hospital onde tenha ocorrido o óbito, para coletar todos os documentos necessários às tratativas do sepultamento ou cremação com a funerária credenciada, tomando todas as medidas devidas para a realização do funeral.

A liberação do corpo no Instituto Médico Legal ou Hospital é responsabilidade de um representante legal da pessoa segurada, de seu cônjuge, de seu filho, ou de seu ascendente, a depender da cobertura contratada.

Modalidade Plus: contempla os mesmos serviços previstos na modalidade básica.

b) Registro em cartório

Modalidade básica: a prestadora de serviços responsabiliza-se por providenciar e custear o registro em cartório do óbito, desde que permitido pela legislação local.

Modalidade Plus: contempla os mesmos serviços previstos na modalidade básica.

c) Taxa de exumação

Modalidade básica:

Jazigo próprio

Caso a família já tenha jazigo próprio, a prestadora de serviços pagará a taxa de exumação, desde que todas as gavetas existentes no jazigo estejam ocupadas.

Locação de jazigo

Se ocorrer a locação do jazigo, não ocorrerá o pagamento da taxa de exumação ao final do período de locação.

Modalidade Plus: contempla os mesmos serviços previstos na modalidade básica.

d) Taxa de sepultamento/cremação

Modalidade básica: a prestadora de serviços responsabiliza-se por providenciar bem como custear a taxa de sepultamento/cremação. Os valores a serem pagos a título de taxa de sepultamento/cremação serão designados pelo local onde ocorrerá o sepultamento ou cremação.

Modalidade Plus: contempla os mesmos serviços previstos na modalidade básica.

e) Carro fúnebre

Modalidade básica: a prestadora de serviços fornecerá um carro fúnebre para cortejo dentro do município de sepultamento.

Modalidade Plus: contempla os mesmos serviços previstos na modalidade básica, com diferencial de disponibilização de carro fúnebre de padrão superior.

f) Locação de sala para velório

Modalidade básica: a prestadora de serviços se responsabilizará pela locação de sala para velório em cemitério municipal ou em cemitério particular.

Modalidade Plus: contempla os mesmos serviços previstos na modalidade básica.

g) Funeral composto por:

Modalidade básica: livro de presença com arranjo de flores; urna dextavada ou oitavada, madeira moldurada com rodapé, visor inteiriço, varão com roseta dourada, modelo maciço dourado com acabamento inteiro em tecido acetinado matelassê, babado em tecido branco acetinado rendado e sobre babado em renda de luxo, e com acabamento externo em verniz alto brilho, com bíblia, lisa ou cruz; ornamentação da urna completa padrão luxo; leque de flores; manta mortuária; 3 (três) coroas de flores padrão luxo; jogo de paramentos; véu e velas.

Modalidade Plus: contempla os mesmos serviços previstos na modalidade básica, com diferenciais de disponibilização de urna padrão super luxo, 4 (quatro) coroas de flores, leque de flores padrão luxo, manta mortuária padrão luxo e jogo de paramentos padrão luxo.

h) Traslado nacional e internacional do corpo

Modalidade básica: a prestadora de serviços fará as formalidades para liberação do corpo e das cinzas, bem como do traslado do corpo até o local de sepultamento/cremação, definido pelos familiares ou no município de residência do titular.

O meio de transporte a ser utilizado para o traslado do corpo será de livre escolha da prestadora de serviços, podendo ser aéreo ou terrestre. O transporte aéreo somente será considerado se o corpo se encontrar a mais de 300 km (trezentos quilômetros) do local de sepultamento/cremação ou, se o trajeto por via rodoviária for superior a 5 (cinco) horas.

O serviço de traslado do corpo será prestado a partir do momento em que este se encontrar liberado pelas autoridades competentes, inclusive policiais, e, desde que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial, judicial, normativo ou qualquer outro que impeça o seu traslado, conforme legislação e normas aplicáveis.

O serviço de traslado internacional só ocorrerá por meio do acionamento do serviço junto à prestadora.

Em caso de falecimento da pessoa segurada ou familiares durante viagem internacional, serão atendidas as formalidades necessárias para o repatriamento do corpo, até o local definido pelos familiares.

Modalidade Plus: contempla os mesmos serviços previstos na modalidade básica.

i) Locação de jazigo

Modalidade básica: caso a família não possua um jazigo, a prestadora de serviços responsabiliza-se pela locação de sepultura pelo prazo de 3 (três) anos. No trâmite de locação do jazigo, o cemitério disponibilizará um documento informando a data de término da locação. Se for do interesse dos familiares acompanharem a exumação dos restos mortais, eles devem realizar contato com o cemitério, que repassará todas as informações necessárias.

Após a data de término da locação do jazigo a responsabilidade será exclusivamente dos familiares da pessoa segurada e do cemitério.

Modalidade Plus: contempla os mesmos serviços previstos na modalidade básica.

j) Preparação do corpo

Modalidade básica: a prestadora de serviços providenciará a preparação do corpo com higienização. Nos casos de traslado aéreo, longas distâncias terrestres ou quando o sepultamento for superior a 36 (trinta e seis) horas após o óbito, será providenciado o embalsamento e a tanatopraxia.

Modalidade Plus: contempla os mesmos serviços previstos na modalidade básica.

k) Placa com nome na lápide

Modalidade básica: a prestadora de serviços disponibilizará a placa com nome na lápide.

Modalidade Plus: contempla os mesmos serviços previstos na modalidade básica.

l) Necromaquiagem

Modalidade básica: a prestadora de serviços disponibilizará o serviço de necromaquiagem na cidade onde ocorrer o funeral, desde que esta tenha mais de 200.000 (duzentos mil) habitantes.

Para as cidades com população inferior a 200.000 (duzentos mil) habitantes, não será garantida a disponibilidade deste serviço. No entanto, a pessoa solicitante será instruída pela prestadora de serviços sobre como proceder.

Modalidade Plus: contempla os mesmos serviços previstos na modalidade básica.

m) Comunicado em jornal

Modalidade básica: se solicitado, a prestadora de serviços providenciará um anúncio em obituário de jornal. Será dada prioridade a anúncio gratuito em jornal regional. Caso não haja a disponibilidade de anúncio gratuito em jornal regional, a prestadora de serviços providenciará um anúncio pago, em jornal a ser definido por critérios da própria prestadora de serviços.

Modalidade Plus: contempla os mesmos serviços previstos na modalidade básica.

n) Passagem e hospedagem para um membro da família

Modalidade básica: na ausência de um membro da família para acompanhar ou liberar o corpo na cidade de falecimento, a prestadora de serviços fornecerá um meio de transporte e uma diária de hospedagem para um membro da família.

O meio de transporte a ser utilizado será de livre escolha da prestadora de serviços, podendo ser aéreo ou terrestre, a ser definido conforme menor horário de chegada ao local.

A passagem aérea somente será considerada se o corpo da pessoa segurada estiver a mais de 300 km (trezentos quilômetros) do endereço de partida do familiar designado a acompanhar o corpo ou se o trajeto por via rodoviária for superior a 5 (cinco) horas.

A hospedagem fornecida pela prestadora de serviços para o membro da família está limitada a uma diária no valor de R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais), sendo deduzido do capital segurado e limitado a este.

Modalidade Plus: contempla os mesmos serviços previstos na modalidade básica, com diferenciais de hospedagem fornecida para o membro da família limitada a até 2 (duas) diárias no valor de até R$ 450,00 (quatrocentos e cinquenta reais), sendo este valor deduzido do capital segurado e limitado a este.

o) Transmissão de mensagens urgentes

Modalidade básica: transmissão de mensagens urgentes sobre o óbito para a família da pessoa falecida pela Central de Assistência.

Modalidade Plus: contempla os mesmos serviços previstos na modalidade básica.

p) Sepultamento/cremação

Modalidade básica: a pessoa solicitante deverá indicar, no momento da solicitação dos serviços, se optará pelo serviço de sepultamento ou cremação.

Modalidade Plus: contempla os mesmos serviços previstos na modalidade básica.

q) Urna funerária para cinzas em caso de cremação

Disponibilização de urna para cinzas padrão luxo, caso a pessoa solicitante tenha optado por cremação.

Disponivel apenas para Modalidade Plus.

r) Transporte para acompanhamento de familiares

Disponibilização de Transporte de Ida e Volta Limitado a 300 km, no máximo até 3 (três) familiares.

Disponivel apenas para Modalidade Plus.

s) Funeral PET

Até 1 (um) acionamento, limitado ao valor de R$ 1.000,00 (mil reais). Carência de 120 (cento e vinte) dias.

Disponivel apenas para Modalidade Plus.

Sepultamento

Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal ou particular. Caso a família não possua um jazigo, a prestadora de serviços responsabiliza-se pela locação de sepultura pelo prazo de 3 (três) anos, conforme descrito no item i destas condições especiais.

Cremação

Em caso de opção pela cremação, o serviço será realizado de acordo com a legislação vigente, desde que entregues os documentos e sejam cumpridas as orientações a seguir:

Atestado de óbito assinado por 2 (dois) médicos.

Em caso de morte violenta, são necessários:

- atestado assinado por médico-legista;
- autorização judicial;
- laudo do Instituto Médico Legal;
- boletim de ocorrência;
- declaração da autoridade policial não se opondo à cremação.

A autorização de cremação deverá ser concedida pelo parente mais próximo, **não podendo ser autorizada por parentes de 2º grau**.

A obtenção dos documentos solicitados para cremação é de responsabilidade da família da pessoa falecida; no entanto, a pessoa solicitante será instruída pela prestadora de serviços como proceder.

O procedimento será realizado somente se o serviço de cremação estiver disponível no município de domicílio da pessoa falecida ou na cidade onde ocorreu o óbito.

3 VIGÊNCIA (VALIDADE DA COBERTURA)

A vigência desta cobertura será de **5 (cinco) anos**, conforme estabelecido na apólice, e corresponderá ao período de pagamento das parcelas referentes a esta cobertura.

A vigência de cada cobertura adicional poderá não coincidir com a vigência da cobertura principal, mas não poderá ultrapassá-la.

Mesmo que os pagamentos da cobertura principal estejam quitados, a pessoa segurada poderá manter essa cobertura adicional, desde que realize os pagamentos correspondentes.

A cobertura terá seu início e término na data indicada na apólice. Não há carência para esta cobertura.

4 CAPITAL SEGURADO

Todos os serviços prestados e reembolsos estarão limitados ao capital segurado contratado para esta cobertura.

O capital segurado desta cobertura adicional será estabelecido contratualmente e constará na apólice.

O limite de valor do capital segurado máximo desta cobertura adicional varia em função da modalidade da cobertura contratada (modalidade básica e modalidade Plus).

Na modalidade básica, o capital segurado contratado para esta cobertura é de R$ 12.000,00 (doze mil reais), enquanto na modalidade Plus, o capital segurado contratado para esta cobertura é de R$ 20.000,00 (vinte mil reais).

O capital segurado é único e será o limite possível de reembolso ou prestação de serviços.

Para essa cobertura, a data da morte da pessoa segurada, seu cônjuge, filhos ou ascendentes será considerada como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado para reembolso das despesas com o funeral.

5 LOCAIS COBERTOS

A prestação de serviços de Assistência Funeral não será possível em localidades nas quais a legislação não permitir que a prestadora de serviços possa trabalhar.

Não ocorrerá prestação de serviço via prestadora no exterior. Para sepultamento ou cremação que ocorram fora do território nacional, só haverá a possibilidade de reembolso.

O serviço de sepultamento ou cremação da prestadora de serviços de Assistência Funeral será prestado exclusivamente no Brasil. Caso o óbito ocorra no exterior e o sepultamento ou cremação no Brasil, a prestadora de serviços providenciará o translado do corpo, respeitando estas condições especiais.

Caso a família decida pelo sepultamento ou pela cremação, haverá apenas a possibilidade de reembolso do valor pago com as despesas cobertas envolvidas, em moeda brasileira, respeitado o limite do capital segurado contratado para esta cobertura adicional e os riscos excluídos nestas condições especiais.

6 O QUE O SEGURO NÃO COBRE (RISCOS EXCLUÍDOS)

Esta cobertura não será válida em caso de morte decorrente de riscos excluídos. Devem ser obedecidas todas as condições especiais e gerais da apólice.

Além das exclusões previstas nas condições gerais, estão excluídas desta cobertura:

a

greves, sabotagem e atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de paz;

b

viagens em aviões que não ocorram em linha comercial;

c

morte resultante direta ou indiretamente de irradiação decorrente de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade;

d

despesas decorrentes de confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigos;

f

sepultamento de membros, apenas;

e

desaparecimento da pessoa segurada, ou de seu cônjuge, ou do seu filho, ou de seu ascendente, conforme cobertura contratada, em acidente ou qualquer outra situação, qualquer que seja a sua natureza ou, ainda, ausência da pessoa segurada, ou do seu cônjuge, ou do seu filho, ou do seu ascendente, conforme cobertura contratada, em situações em que a prestadora de serviços não realizará buscas, provas, formalidades legais e burocráticas ou qualquer outro serviço;

g

aquisição de sepultura, jazigo, terreno, cova carneiro;

h

solicitações de serviços para prestadora de serviços que não sejam feitas direta e comprovadamente pela pessoa solicitante;

i

as situações previstas no item O que o seguro não cobre (riscos excluídos) das condições gerais.

7 SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO

Em caso de inadimplência, essa cobertura será suspensa logo depois do **período de tolerância**, descrito nas condições gerais, com comunicação prévia.

Não serão cobrados valores do seguro durante o período de suspensão.

Caso a pessoa segurada não solicite nenhuma alternativa citada nas condições gerais até o último dia do período de suspensão, a seguradora cancelará a apólice, com comunicação prévia.

8 FIM DA COBERTURA

A cobertura termina com a prestação do serviço de Assistência Funeral ou reembolso das despesas com o funeral da pessoa segurada, mesmo nas opções familiares.

Além das hipóteses previstas nas cláusulas de **Suspensão e reabilitação** e **Cancelamento**, nas condições gerais, esta cobertura também se encerra:

a) com o cancelamento ou término da cobertura principal à qual esta cobertura adicional está vinculada, respeitado o período correspondente ao pagamento;

b) com a mudança da cobertura principal à qual esta cobertura adicional está vinculada para o status valor saldado ou benefício prolongado;

c) quando a pessoa segurada completar 100 (cem) anos de idade, para ela, seu cônjuge, filhos e ascendentes, conforme opção contratação;

d) para os filhos, quando completarem 24 (vinte e quatro) anos de idade, quando contratada a cobertura;

e) com a solicitação expressa da pessoa segurada do cancelamento desta cobertura adicional.

Esta cobertura adicional não prevê a formação da Reserva técnica. Assim, a redução ou o cancelamento desta cobertura não resultará no pagamento de quaisquer valores à pessoa segurada.

9 ACIONAMENTO DO SEGURO

A utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral deverá ser feita mediante comunicação à Central de Assistência 24 horas da Prestadora de Serviços pelos telefones:

0800 775 3423	+55 (11) 2664 4015 para chamadas a cobrar do exterior

Consulte a documentação exigida para acionamento do seguro no Anexo.

O reembolso das despesas com o funeral será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados (ver **Anexo**), seguindo as regras de pagamento do benefício das condições gerais e demais disposições do seguro.

Em caso de pendência de documentos, o prazo de análise (30 dias), será zerado e volta a ser contado após a entrega da documentação pendente.

Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, a pessoa que arcou com as despesas deverá apresentar a comprovação de tais por meio da documentação solicitada no **Anexo**.

Esta cobertura é cumulativa com as demais contratadas, para benefícios solicitados decorrentes de um mesmo evento.

10 DISPOSIÇÕES GERAIS

Todas as regras previstas nas condições gerais orientam esta cobertura adicional. As exceções são as regras específicas sobre este produto, descritas nestas condições especiais.

Documentos necessários para pedido de indenização da cobertura adicional de Assistência Funeral para dependentes

a) Filhos: certidão de nascimento com o nome dos pais ou documento de identidade oficial que comprove a filiação.

b) Cônjuge: certidão de casamento ou declaração de união estável registrada em cartório.

c) Enteados ou menores dependentes da pessoa segurada: certidão de casamento ou união estável da pessoa segurada com cônjuge ou companheiro e certidão de nascimento ou documento de identidade oficial que comprove a filiação.

d) Ascendentes (pai ou mãe) da pessoa segurada: certidão de nascimento da pessoa segurada que comprove a filiação ou documento oficial de reconhecimento de maternidade/paternidade que comprove a filiação.

e) Ascendentes (padrasto ou madrasta) da pessoa segurada: certidão de casamento do pai/mãe da pessoa segurada com madrasta/padrasto.

Em caso do óbito do cônjuge ou companheiro com ausência da certidão de casamento ou declaração de união estável registrada em cartório, deverão ser apresentados ao menos 3 dos 5 documentos listados a seguir:

a) declaração de imposto de renda do último exercício com recibo de entrega, que identifique o cônjuge ou companheiro como dependente da pessoa segurada;

b) comprovante de conta conjunta do cônjuge ou companheiro da pessoa segurada;

c) se tiverem filhos, certidão de nascimento dos filhos com nome dos pais, na qual conste filiação da pessoa segurada;

d) comprovante de residência, emitido até 3 (três) meses antes da data de aviso do sinistro, com o nome do cônjuge ou companheiro da pessoa segurada;

e) fatura do cartão de crédito, emitida até 3 (três) meses antes da data de aviso do sinistro, que demonstre cartão adicional em nome do cônjuge ou companheiro.

Documentos necessários para pedido de reembolso de despesas da cobertura Assistência Funeral

a) Certidão de óbito;

b) Documento de identidade e CPF da pessoa solicitante;

c) Certidão de nascimento da pessoa segurada e da solicitante, quando menor(es) de 18 (dezoito) anos;

d) Comprovante de residência da pessoa segurada e da solicitante, não podendo ser anterior a 3 (três) meses da solicitação;

e) Formulário de solicitação de reembolso, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pela pessoa solicitante;

f) Notas fiscais das despesas com o funeral (originais).

COBERTURA ADICIONAL

Cirurgia

Condições Especiais

Prudential | itaú

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Clique nos tópicos para consultar um item

1. Definições

2. O que o seguro cobre

3. Vigência (validade da cobertura)

4. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

5. Carência

6. Capital segurado

7. Pagamento do benefício (indenização)

8. Suspensão e reabilitação

9. Fim da cobertura

10. Disposições gerais

11. Anexo

Estas condições especiais se referem a uma cobertura adicional que pode ser contratada para integrar o seguro, aumentando a proteção.

Em caso de divergências, as regras destas condições especiais prevalecem sobre as regras das condições gerais.

Dúvidas? Entre em contato com nossos canais de atendimento.

1 DEFINIÇÕES

As definições desta cobertura adicional são as mesmas do item **Explicação de termos técnicos** das condições gerais.

Além daquelas, aqui também utilizaremos estas definições:

Artroscopia: procedimento cirúrgico para investigar ou tratar o interior de uma articulação com possível anormalidade.

Cirurgia coberta: procedimento invasivo, manual ou instrumental no corpo de uma pessoa, realizado em regime de internação hospitalar. Deve ser solicitado e conduzido por profissional de medicina em ambiente cirúrgico-hospitalar sob anestesia geral, regional ou local. Verifique também o que o seguro não cobre no item **Riscos excluídos** destas condições especiais.

Hospital/clínica: estabelecimento legalmente autorizado a funcionar como tal, e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) profissional de medicina e 1 (um) profissional de enfermagem diplomados, com serviço de enfermaria, com a possibilidade de pacientes permanecerem em internação por 24 (vinte e quatro) horas.

Médico assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente a própria pessoa segurada, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

Procedimentos ambulatoriais: aqueles realizados sem que haja regime de internação hospitalar.

Procedimentos estéticos: procedimentos cirúrgicos ou não cirúrgicos com objetivo de melhorar a aparência física e a satisfação pessoal.

Procedimentos paliativos: aqueles realizados quando o tratamento curativo não está mais atuando e quando há ameaça à continuidade da vida. Visam aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida.

Internação hospitalar: regime de internação em hospital/clínica, caracterizado pela necessidade de acompanhamento médico que não possa ser realizado em regime ambulatorial.

Procedimentos não invasivos: aqueles que provocam o rompimento das barreiras naturais ou penetram em cavidades do organismo, abrindo uma porta ou acesso para o meio interno.

Procedimentos invasivos: aqueles que visam corrigir deformidades congênitas ou adquiridas ao longo dos anos. O objetivo é recuperar o máximo possível das funções do organismo. Recomendados para casos em que há algum tipo de comprometimento às estruturas físicas da pessoa, seja causado por doença ou acidente.

Procedimentos reparadores: aqueles em que não há invasão do corpo e não comprometem a estrutura celular ou tecido cutâneo.

2 O QUE O SEGURO COBRE

A contratação e o pagamento dos valores referentes a esta cobertura adicional garantem uma indenização caso a pessoa segurada realize uma cirurgia, desde que seguida por um período de internação hospitalar em regime pós-operatório de **40 (quarenta) horas**.

Estarão cobertas cirurgias por motivo de doença ou acidente pessoal coberto, observados os limites da garantia, os riscos excluídos, o período de carência e os demais termos desta cobertura.

Importante:

- **Esta cobertura prevê o pagamento do capital segurado no valor fixo de R$ 10.000,00 (dez mil reais) por evento coberto.**
- **A cobertura permite 1 (uma) indenização a cada 12 (doze) meses, a partir do início de vigência desta cobertura e após o período de carência.**
- **Os valores não se acumulam com o tempo, mesmo que a cobertura não tenha sido utilizada.**
- **Mesmo que vários procedimentos sejam realizados durante um período contínuo de internação hospitalar ou no mesmo tempo cirúrgico, o capital segurado será limitado a R$ 10.000,00 (dez mil reais). A cobertura restringe-se a eventos ocorridos durante a vigência desta cobertura.**

Um mesmo procedimento poderá ser realizado mais de uma vez ao longo da vigência da apólice, desde que esteja de acordo com as regras acima.

Idade mínima para contratação:	**14 (quatorze) anos**
Idade máxima para contratação:	**75 (setenta e cinco) anos**
Idade máxima de encerramento da cobertura:	**80 (oitenta) anos**

Para fins desta cobertura, a data do evento será a data em que ocorreu a cirurgia.

3 VIGÊNCIA (VALIDADE DA COBERTURA)

A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos. Ao longo desse período, deverão ser pagos os valores referentes a esta cobertura. O período de pagamento será o mesmo período de vigência da apólice.

A cobertura permite renovação e terá seu início e término de vigência na data indicada na apólice.

A vigência de cada cobertura adicional poderá não coincidir com a da principal. No entanto, não poderá ultrapassar o período de vigência da cobertura principal.

Mesmo que os valores referentes às cobranças da cobertura principal sejam quitados, poderá ser mantida esta cobertura adicional, por meio do pagamento correspondente.

4 O QUE O SEGURO NÃO COBRE (RISCOS EXCLUÍDOS)

Além das exclusões previstas no item **O que o seguro não cobre (riscos excluídos)**, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura:

- **procedimentos relacionados ou decorrentes de condições preexistentes ou congênitas conhecidas pela pessoa segurada e não declaradas durante a contratação do seguro;**
- **procedimentos com indicação prévia ao início de vigência da apólice;**
- **punções em geral;**
- **citologias em geral;**
- **procedimentos com objetivo diagnóstico;**
- **procedimentos paliativos;**
- **procedimentos ambulatoriais ou em Regime de Day Clinic;**
- **procedimentos não invasivos;**
- **procedimentos para doação de órgãos/tecidos não sendo o receptor;**
- **procedimentos estéticos, de rejuvenescimento ou emagrecimento;**

- procedimentos reparadores em lesões existentes antes da contratação;
- procedimentos para tratamento ou decorrentes de calvície, obesidade e redução de peso;
- procedimentos de redesignação sexual;
- procedimentos relacionados à gestação/obstétricos, incluindo parto, cesariana, maternidade e abortamento, assim como suas complicações;
- procedimentos decorrentes de hérnias de qualquer natureza, com exceção para hérnia diafragmática e hérnia de disco e, quando encarceradas ou estranguladas: herniorrafia crural, inguinal ou epigástrica
- procedimentos relacionados ou com finalidade de tratamento de infertilidade/fertilidade/esterilização ou mesmo impotência sexual, incluindo congelamento de óvulos;
- procedimentos odontológicos, inclusive gengivais e alveolares;
- procedimentos decorrentes de atos dolosos cometidos pela pessoa segurada;
- procedimentos decorrentes da prática profissional de esportes;
- procedimentos de diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- procedimentos para miopia, astigmatismo, presbiopia, Hipermetropia ou catarata;
- procedimentos restritos ao nariz, dentre os quais: rinosinusite, sinusectomia, harmonização nasal, polipectomia, septoplastia ou desvio de septo nasal;
- procedimentos por acidentes que ocorreram fora do período de cobertura, mesmo que reparador ou por complicação;
- procedimentos experimentais ou não aprovados pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina;

- **procedimentos realizados por técnicas de artroscopia ou tratamento cirúrgico necessário devido a utilização de procedimento de artroscopia;**

- **procedimentos relacionados ao tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e/ou causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), independentemente de quando foi adquirida.**

5 CARÊNCIA

As cirurgias só estarão cobertas após 90 (noventa) dias, contados do início de vigência da cobertura.

Não haverá carência nos casos em que a cirurgia decorrer de acidente pessoal coberto ocorrido após o início da vigência da cobertura.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado:

- constará na apólice.
- será fixo no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) por cada evento coberto, independentemente da cirurgia coberta e mesmo se mais de uma cirurgia for realizada no mesmo momento.

Alteração do capital segurado

Não é possível solicitar alteração do capital segurado para esta cobertura. Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores de capital segurado fixo e o pagamento dos valores estabelecidos pela seguradora para esta cobertura.

Reintegração de capital segurado

A cada 12 (doze) meses, contados a partir do início da vigência desta cobertura, o capital segurado volta ao valor original automaticamente. Isso ocorre independentemente do valor pago em benefícios. Assim, é possível acionar a cobertura para mais de um evento coberto ao longo da vigência da apólice.

7 PAGAMENTO DO BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

O pagamento de qualquer benefício desta cobertura será realizado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados e observados os termos apresentados nestas condições especiais.

O prazo de 30 (trinta) dias terá início a partir da data de entrega da documentação completa. Se forem entregues/pedidos em datas diferentes, o prazo será suspenso e voltará a correr quando outros documentos forem entregues.

Verifique a documentação necessária para solicitar a indenização no **Anexo**.

A seguradora poderá solicitar documentos e/ou exames complementares para perfeita compreensão dos fatos ocorridos e da adequação deles às coberturas contratadas.

A pessoa beneficiária, para esta cobertura, é a própria pessoa segurada. Se ela falecer antes do recebimento do benefício, quando já era seu direito, o pagamento será realizado às pessoas herdeiras, conforme a legislação vigente.

O benefício será pago de forma única e integral.

Esta cobertura é cumulativa com as demais contratadas, para benefícios solicitados decorrentes de um mesmo evento.

8 SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO

Se o pagamento dos valores pelo seguro não for feito, essa cobertura será suspensa logo depois do **período de tolerância**, descrito nas condições gerais.

Caso ocorra reabilitação do seguro, a contagem do período de carência de 90 dias será reiniciada na data em que a seguradora comunicar que aceitou reabilitar o seguro.

Caso a pessoa segurada não solicite nenhuma alternativa prevista nas condições gerais para reabilitar o seguro até o último dia do período de suspensão, a seguradora cancelará a apólice.

9 FIM DA COBERTURA

- com o cancelamento ou término da cobertura principal, respeitado o período correspondente ao pagamento;
- com a mudança da cobertura principal para **valor saldado** ou **benefício prolongado**; ou
- com a solicitação expressa da pessoa segurada do cancelamento desta cobertura.

Esta cobertura adicional não forma reserva técnica. No caso de cancelamento desta cobertura, não será devido pagamento de valores à pessoa segurada.

10 DISPOSIÇÕES GERAIS

Todas as regras previstas nas condições gerais orientam esta cobertura adicional. As exceções são as regras específicas sobre este produto, descritas nestas condições especiais.

Documentos necessários para pedido de indenização da cobertura adicional Cirurgia:

a) formulário de aviso de sinistro, fornecido pela seguradora, preenchido e assinado pela pessoa segurada ou pessoa que seja sua procuradora ou curadora.

b) documento assinado pelo médico assistente da pessoa segurada, com informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico.

c) documento de identidade e CPF da pessoa segurada, quando maior de 18 (dezoito) anos, ou certidão de nascimento, quando menor de 18 (dezoito) anos.

d) comprovante de residência da pessoa segurada, não podendo ser anterior a 6 (seis) meses.

e) relatório de operação e ficha anestésica.

f) prontuário hospitalar completo.

g) exames que comprovem a patologia base que indicou a cirurgia.

h) boletim de ocorrência (quando aplicável).

COBERTURA ADICIONAL

Cirurgia Ampliada

Condições Especiais

Prudential | itaú

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Clique nos tópicos para consultar um item

1. Definições

2. O que o seguro cobre

3. Vigência (validade da cobertura)

4. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

5. Carência

6. Capital segurado

7. Pagamento do benefício (indenização)

8. Suspensão e reabilitação

9. Fim da cobertura

10. Disposições gerais

11. Anexo

Estas condições especiais se referem a uma cobertura adicional que pode ser contratada para integrar o seguro, aumentando a proteção.

Em caso de divergências, as regras destas condições especiais prevalecem sobre as regras das condições gerais.

Dúvidas? Entre em contato com nossos canais de atendimento.

1 DEFINIÇÕES

As definições desta cobertura adicional são as mesmas do item **Explicação de termos técnicos** das condições gerais.

Além daquelas, aqui também utilizaremos estas definições:

Artroscopia: procedimento cirúrgico para investigar ou tratar o interior de uma articulação com possível anormalidade.

Cirurgia coberta: procedimento invasivo, manual ou instrumental no corpo de uma pessoa, realizado em regime de internação hospitalar. Deve ser solicitado e conduzido por profissional de medicina em ambiente cirúrgico-hospitalar sob anestesia geral, regional ou local. Deve estar listado na **tabela Cirurgias e procedimentos cobertos**. **Verifique o item O que seguro não cobre (riscos excluídos) destas condições especiais.**

Hospital/clínica: estabelecimento legalmente autorizado a funcionar como tal, e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) profissional de medicina e 1 (um) profissional de enfermagem diplomados, com serviço de enfermaria, com a possibilidade de pacientes permanecerem em internação por 24 (vinte e quatro) horas.

Médico assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos como médico assistente a própria pessoa segurada, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.**

Procedimentos ambulatoriais: aqueles realizados sem que haja regime de internação hospitalar.

Procedimentos estéticos: procedimentos cirúrgicos ou não cirúrgicos com objetivo de melhorar a aparência física e a satisfação pessoal.

Procedimentos paliativos: aqueles realizados quando o tratamento curativo não está mais atuando e quando há ameaça à continuidade da vida.

Internação hospitalar: regime de internação em hospital/clínica, caracterizado pela necessidade de acompanhamento médico que não possa ser realizado em regime ambulatorial.

Procedimentos não invasivos: aqueles em que não há invasão do corpo e não comprometem a estrutura celular ou tecido cutâneo.

Procedimentos invasivos: aqueles que provocam o rompimento das barreiras naturais ou penetram em cavidades do organismo, abrindo uma porta ou acesso para o meio interno.

Procedimentos reparadores: a aqueles que visam corrigir deformidades congênitas ou adquiridas ao longo dos anos. O objetivo é recuperar o máximo possível das funções do organismo. Recomendados para casos em que há algum tipo de comprometimento às estruturas físicas da pessoa, seja causado por doença ou acidente.

Para fins desta cobertura, a pessoa beneficiária é a própria pessoa segurada.

2 O QUE O SEGURO COBRE

A contratação e o pagamento dos valores referentes a esta cobertura adicional garantem uma indenização à pessoa segurada em caso de realização de cirurgia coberta, ocorrida durante a vigência desta cobertura e decorrido o período de carência.

Estarão cobertas as cirurgias realizadas devido a doença ou acidente pessoal coberto, relacionadas na Tabela de cirurgias e procedimentos cobertos.

Tabela de cirurgias e procedimentos cobertos:

	Cirurgias e procedimentos cobertos Código TUSS (ANS)	% sobre o capital segurado a ser indenizado
1	Aneurisma de aorta-torácica – 30906032	100%
2	Autotransplante renal unilateral – 31101062	100%
3	Câncer de ovário (Debulking) laparoscópica – 31307159	100%
4	Cardiomioplastia – 30917026	100%
5	Cirurgia multivalvar – 30902029	100%
6	Cistectomia radical laparoscópica (inclui próstata ou útero) – 31103537	100%
7	Correção das dissecções da aorta – 30906172	100%
8	Esofagectomia distal com ou sem toracotomia por videolaparoscopia – 31001300	100%
9	Esvaziamento pélvico total por videolaparoscopia – 31003710	100%
10	Hepatorrafia complexa com lesão de estruturas vasculares biliares por videolaparoscopia – 31005594	100%
11	Histerectomia total laparoscópica ampliada – 31303226	100%
12	Implante de cardiodesfibrilador multissítio – TRC-D (gerador e eletrodos) – 30904161	100%
13	Implante transcateter de prótese valvar aórtica (TAVI) – 30912296	100%
14	Microcirurgia para tumores intracranianos – 31401155	100%

15	Microcirurgia vascular intracraniana – 31401171	100%
16	Nefrectomia parcial unilateral extracorpórea – 31101178	100%
17	Nefrolitotripsia percutânea unilateral a laser – 31101577	100%
18	Neobexiga laparoscópica – 31103545	100%
19	Proctocolectomia total com reservatório ileal por videolaparoscopia – 31003770	+100%
20	Proctocolectomia total por videolaparoscopia – 31003788	100%
21	Prostatavesiculectomia radical laparoscópica – 31201148	100%
22	Reconstrução do esôfago cervical e torácico com transplante segmentar de intestino – 31001270	100%
23	Reconstrução do esôfago cervical ou torácico, com transplante de intestino – 31001289	100%
24	Reimplante do pênis – 31206255	100%
25	Revascularização do miocárdio – 30903025	100%
26	Revascularização do miocárdio + cirurgia valvar – 30903033	100%
27	Transplante cardíaco (receptor) – 31502024	100%
28	Transplante cardiopulmonar (receptor) – 31503020	100%
29	Transplante hepático (receptor) – 31505015	100%
30	Transplante pancreático (receptor) – 31507018	100%
31	Transplante pulmonar unilateral (receptor) – 31504027	100%
32	Transplante renal (receptor e doador vivo ou doador falecido) – 31506011	100%

33	Troca valvar – 30902053	100%
34	Tromboendarterectomia pulmonar – 30803160	100%
35	Ventriculectomia parcial – em coronariopatias – 30903041	100%
36	Abdominal ou hipogástrico – transplantes cutâneos – 30701015	50%
37	Ablação percutânea por cateter para tratamento de arritmias cardíacas complexas (fibrilação atrial, taquicardia ventricular com modificação de cicatriz, taquicardias atriais macrorrentrantes com modificação de cicatriz), por energia de radiofrequência ou crioablação – 30918081	50%
38	Adrenalectomia laparoscópica unilateral – 31101488	50%
39	Ampliação do anel valvar – 30902010	50%
40	Amputação abdômino-perineal do reto (completa) por videolaparoscopia – 31003575	50%
41	Aneurisma de aorta abdominal infra-renal – 30906016	50%
42	Aneurismas rotos ou trombosados torácicos ou tóraco-abdominais – 30910072	50%
43	Aneurismas torácicos ou tóraco-abdominais – 30906083	50%
44	Aneurismectomia de VE – 30903017	50%
45	Angiofibroma – ressecção transmaxilar e/ou transpalatina – 30502012	50%
46	Antebraço – transplantes cutâneos – 30701023	50%
47	Artéria mesentérica superior – qualquer técnica – 30906148	50%
48	Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) – tratamento cirúrgico – 30724058	50%

49	Artroplastia de ressecção do quadril (Girdlestone) – tratamento cirúrgico – 30724074	50%
50	Atresia de vias biliares – tratamento cirúrgico – 31005047	50%
51	Autotransplante com microcirurgia – 31001033	50%
52	Autotransplante de dois retalhos musculares combinados, isolados e associados entre si, ligados por um único pedículo – 30705010	50%
53	Autotransplante de dois retalhos cutâneos c ombinados, isolados e associados entre si, ligados por um único pedículo vascular – 30705029	50%
54	Autotransplante de dois retalhos, um cutâneo combinado a um muscular, isolados e associados entre si, ligados por um único pedículo vascular – 30705037	50%
55	Autotransplante de dois retalhos, um cutâneo combinado a retalho osteomuscular, isolados e associados entre sí, ligados por um único pedículo vascular – 30705045	50%
56	Autotransplante de epiplon – 30705053	50%
57	Autotransplante de outros retalhos, isolados entre si, e associados mediante um único pedículo vascular comuns aos retalhos – 30705061	50%
58	Autotransplante de três retalhos, um cutâneo separado, combinado a outros dois retalhos musculares isolados e associados, ligados por um único pedículo vascular – 30705070	50%
59	Autotransplante de um testículo – 31203019	50%
60	Axilar – transplantes cutâneos – 30701031	50%
61	Broncoplastia e/ou arterioplastia por videotoracoscopia – 30802040	50%

62	Broncotomia e/ou broncorrafia por videotoracoscopia – 30802059	50%
63	Bulectomia unilateral por videotoracoscopia – 30803179	50%
64	Cirurgia de abaixamento por videolaparoscopia – 31003591	50%
65	Cirurgia redutora do volume pulmonar unilateral por videotoracoscopia – 30803187	50%
66	Cirurgia redutora do volume pulmonar unilateral (qualquer técnica) – 30803020	50%
67	Cisto ou duplicação brônquica ou esofágica – tratamento cirúrgico por vídeo – 30805198	50%
68	Colecistectomia com fístula biliodigestiva por videolaparoscopia – 31005489	50%
69	Colectomia parcial com colostomia por videolaparoscopia – 31003613	50%
70	Colectomia parcial sem colostomia por videolaparoscopia – 31003621	50%
71	Colectomia total com íleo-reto-anastomose por videolaparoscopia – 31003630	50%
72	Colectomia total com ileostomia por videolaparoscopia – 31003648	50%
73	Comissurotomia valvar – 30902037	50%
74	Correção cirúrgica da comunicação interventricular – 30901065	50%
75	Correção de deformidades da parede torácica por vídeo – 30601274	50%

76	Correção de fístula bronco-pleural (qualquer técnica) – 30803047	50%
77	Correção de fístula bronco-pleural por videotoracoscopia – 30803195	50%
78	Correção laparoscópica de refluxo vesico-ureteral unilateral – 31102530	50%
79	Costela – 30704014	50%
80	Couro cabeludo – transplantes cutâneos – 30701040	50%
81	Deltopeitoral – transplantes cutâneos – 30701058	50%
82	Desconexão ázigos – portal com esplenectomia por videolaparoscopia – 31005560	50%
83	Desconexão ázigos – portal sem esplenectomia por videolaparoscopia – 31005578	50%
84	Descorticação pulmonar por videotoracoscopia – 30804159	50%
85	Digitais (da face volar e látero-cubital dos dedos médio e anular da mão) – transplantes cutâneos – 30701066	50%
86	Dorsal do pé – transplantes cutâneos – 30701082	50%
87	Embolectomia pulmonar – 30803063	50%
88	Enxerto interfascicular de nervo vascularizado – 31403077	50%
89	Escapular – transplantes cutâneos – 30701090	50%
90	Esofagectomia subtotal com linfadenectomia com ou sem toracotomia – 31001254	50%
91	Esofagoplastia (coloplastia) – 31001068	50%

92	Esofagorrafia torácica por videotoracoscopia – 31001343	50%
93	Esplenectomia parcial por videolaparoscopia – 31007058	50%
94	Esvaziamento pélvico anterior ou posterior por videolaparoscopia – 31003702	50%
95	Exérese laparoscópica de cisto de vesícula seminal unilateral – 31201156	50%
96	Exploração vascular em traumas torácicos e abdominais – 30910102	50%
97	Extrofia em cloaca – tratamento cirúrgico – 31103260	50%
98	Extrofia vesical – tratamento cirúrgico – 31103278	50%
99	Faringolaringoesofagectomia total – 30205158	50%
100	Faringo-laringo-esofagectomia total com ou sem toracotomia – 31001092	50%
101	Fístula uretro-vaginal – correção cirúrgica – 31104100	50%
102	Gastrectomia parcial com linfadenectomia por videolaparoscopia – 31002307	50%
103	Gastrectomia total com linfadenectomia por videolaparoscopia – 31002331	50%
104	Gastrectomia total via abdominal por videolaparoscopia – 31002340	50%
105	Gastroplastia para obesidade mórbida por videolaparoscopia – 31002390	50%
106	Grande dorsal (latissimus dorsi) – transplantes músculo-cutâneos com microanastomoses vasculares – 30702011	50%

107	Hérnia diafragmática – tratamento cirúrgico por vídeo – 30806054	50%
108	Hipoglicemia – tratamento cirúrgico (pancreatotomia parcial ou total) – 31006043	50%
109	Histerectomia total laparoscópica – 31303218	50%
110	Histerectomia total laparoscópica com anexectomia uni ou bilateral – 31303234	50%
111	Ilíaco – 30704022	50%
112	Inguino-cural – transplantes cutâneos – 30701120	50%
113	Laringectomia total – 30206138	50%
114	Ligadura de ducto-torácico por vídeo – 30805210	50%
115	Linfadenectomia mediastinal por vídeo – 30805228	50%
116	Linfadenectomia retroperitoneal laparoscópica – 30914159	50%
117	Lobectomia hepática direita por videolaparoscopia – 31005616	50%
118	Lobectomia hepática esquerda por videolaparoscopia – 31005624	50%
119	Lobectomia pulmonar por videotoracoscopia – 30803217	50%
120	Metastasectomia pulmonar unilateral por videotoracoscopia – 30803225	50%
121	Microcirurgia do plexo braquial com a exploração, neurólise e enxertos interfasciculares para reparo das lesões – 31403174	50%
122	Microcirurgia do plexo braquial com exploração e neurólise – 31403182	50%

123	Nefrectomia parcial laparoscópica unilateral – 31101569	50%
124	Nefrectomia radical laparoscópica unilateral – 31101550	50%
125	Nefrectomia total unilateral por videolaparoscopia– 31101585	50%
126	Nefroureterectomia com ressecção vesical laparoscópica unilateral – 31101542	50%
127	Neobexiga cutânea continente – 31103480	50%
128	Neobexiga retal continente – 31103499	50%
129	Neobexiga uretral continente – 31103502	50%
130	Onfalocele/gastrosquise em 1 tempo ou primeiro tempo ou prótese – tratamento cirúrgico – 31009220	50%
131	Osteocutâneo de ilíaco – 30704030	50%
132	Osteocutâneos de costela – 30704049	50%
133	Osteomusculocutâneo de costela – 30704057	50%
134	Outros transplantes ósseos e osteomusculocutâneos – 30704065	50%
135	Pâncreas anular – tratamento cirúrgico por videolaparoscopia – 31003745	50%
136	Pancreato-duodenectomia com linfadenectomia – 31006078	50%
137	Perônio ou fíbula – 30704073	50%
138	Pieloplastia laparoscópica unilateral – 31101526	50%
139	Plastia valvar – 30902045	50%

140	Pneumonectomia de totalização – 30803110	50%
141	Ponte aorto-bifemoral – 30906229	50%
142	Pontes aorto-cervicais ou endarterectomias dos troncos supra-aórticos – 30906342	50%
143	Procedimento cirúrgico de implante coclear unilateral (primeira implantação ou substituição) – 30404150	50%
144	Proctocolectomia total com reservatório ileal – 31003532	50%
145	Recanalização arterial no IAM – angioplastia primária – com implante de stent com ou sem suporte circulatório (balão intra-órtico) – 30912180	50%
146	Reimplante de dois dedos da mão – 3072266	50%
147	Reimplante de segmentos distais do membro superior, com ressecção segmentar – 30705100	50%
148	Reimplante do membro inferior do nível médio proximal da perna até a coxa – 30706017	50%
149	Reimplante do membro inferior do pé até o terço médio da perna – 30706025	50%
150	Reimplante do membro superior nível transmetacarpiano até o terço distal do antebraço – 30722675	50%
151	Reimplante do membro superior, do nível médio do antebraço até o ombro – 30706033	50%
152	Reimplante do polegar – 30722683	50%
153	Reimplante ureterointestinal laparoscópico unilateral – 31102557	50%
154	Reimplante uretero-vesical laparoscópico unilateral – 31102549	50%

155	Reintervenção sobre a transição esôfago gástrica por videolaparoscopia – 31001319	50%
156	Ressecção de cisto hepático com hepatectomia por videolaparoscopia – 31005659	50%
157	Ressecção de tumor de mediastino por vídeo – 30805260	50%
158	Ressecção de tumor de vesícula ou da via biliar com hepatectomia – 31005373	50%
159	Ressecção de tumor traqueal por videotoracoscopia – 30801168	50%
160	Ressecção do esôfago cervical e/ou torácico e transplante com microcirurgia – 31001157	50%
161	Ressecção do osso temporal – 30404126	50%
162	Retirada de tumores intracardíacos – 30917042	50%
163	Reto abdominal (rectus abdominis) – 30702046	50%
164	Reto anterior (rectus femoris) – 30703115	50%
165	Reto interno (gracilis) – transplantes musculares com microanastomoses vasculares – 30703123	50%
166	Reto interno (gracilis) – transplantes músculocutâneos com microanastomoses vasculares – 30702054	50%
167	Retossigmoidectomia abdominal por videolaparoscopia – 31003796	50%
168	Retroauricular – 30701171	50%
169	Revascularização do polegar ou outro dedo – 30722756	50%
170	Revisão de artroplastias de quadril com retirada de componentes e implante de prótese – 30724279	50%

171	Sartório (sartorius) – 30703131	50%
172	Semimembranoso (semimembranosus) – 30703140	50%
173	Semitendinoso (semitendinosus) – 30703158	50%
174	Serrato maior (serratus) – transplantes musculares com microanastomoses vasculares – 30703166	50%
175	Serrato maior (serratus) – transplantes músculocutâneos com microanastomoses vasculares – 30702062	50%
176	Substituição esofágica – cólon ou tubo gástrico – 31001165	50%
177	Temporal – 30701180	50%
178	Tensor da fascia lata (tensor fascia lata) – transplantes musculares com microanastomoses vasculares – 30703182	50%
179	Tensor da fascia lata (tensor fascia lata) – transplantes músculo-cutâneos com microanastomoses vasculares – 30702070	50%
180	Timectomia por vídeo – 30805279	50%
181	Tímpano-mastoidectomia – 30403111	50%
182	Transplante articular de metatarsofalângica para a mão – 30707013	50%
183	Transplante cutâneo com microanastomose – 30701198	50%
184	Transplante de 2º pododáctilo para mão – 30707021	50%
185	Transplante de dedos do pé para a mão – 30707030	50%
186	Transplante de dois pododáctilos para a mão – 30707064	50%
187	Transplante do 2º pododáctilo para o polegar – 30707048	50%

188	Transplante do hallux para polegar – 30707056	50%
189	Transplante miocutâneo com microanastomose – 30701210	50%
190	Transplante ósseo vascularizado (microanastomose) – 30704081	50%
191	Tratamento cirúrgico conservador do megaesofago por videolaparoscopia – 31001335	50%
192	Tratamento cirúrgico da isquemia cerebral – 30906431	50%
193	Tratamento cirúrgico de trauma laríngeo (agudo) – 30206367	50%
194	Tratamento cirúrgico do divertículo esofágico por videotoracoscopia – 31001351	50%
195	Tratamento da mediastinite por vídeo – 30805287	50%
196	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares (tumor, malformações arteriovenosas, siringomielia, parasitoses) – 30715350	50%
197	Tratamento operatório da hemorragia intrapleural por vídeo – 30804213	50%
198	Tronco celíaco – qualquer técnica – 30906466	50%
199	Tumor do nervo acústico – ressecção via translabiríntica ou fossa média – 30404134	50%
200	Ureterorrenolitotripsia flexível a laser unilateral – 31102360	50%

Cirurgias listadas como técnica videolaparoscopia ou toracoscopia, mas que tenham sido realizadas como cirurgia aberta, poderão ser submetidas à avaliação da cobertura pela seguradora.

Em todos os casos, deverão ser observados:

- **os limites da garantia;**
- **os riscos excluídos;**
- **o período de carência;**
- **os demais termos previstos para esta cobertura nestas condições especiais.**

Um mesmo procedimento poderá ser realizado mais de uma vez ao longo da vigência da apólice, desde que esteja de acordo com os itens a seguir:

Importante:

- **A cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 100% (cem por cento) do capital segurado vigente.**
- **A cobertura permite 1 (uma) indenização a cada 12 (doze) meses, a partir do início de vigência desta cobertura e após o período de carência.**
- **Os valores não utilizados não são acumulados ao longo do tempo, mesmo que a cobertura não tenha sido acionada.**
- **Mesmo que vários procedimentos sejam realizados durante o mesmo período de internação, será pago o valor correspondente à cirurgia de maior valor. Se os valores forem iguais, será pago apenas o valor relativo a uma cirurgia.**

Idade mínima para contratação:	**14 (quatorze) anos**
Idade máxima para contratação:	**75 (setenta e cinco) anos**
Idade máxima de encerramento da cobertura:	**80 (oitenta) anos**

Para fins desta cobertura, a data do evento será a data em que ocorreu a cirurgia.

3 VIGÊNCIA (VALIDADE DA COBERTURA)

A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos. Ao longo desse período, deverão ser pagos os valores referentes a esta cobertura.

A cobertura permite renovação e terá seu início e término de vigência na data indicada na apólice.

A vigência de cada cobertura adicional poderá não coincidir com a da principal. No entanto, não poderá ultrapassar o período de vigência da cobertura principal.

Mesmo que os valores referentes às cobranças da cobertura principal sejam quitados, poderá ser mantida esta cobertura adicional, por meio do pagamento correspondente.

4 O QUE O SEGURO NÃO COBRE (RISCOS EXCLUÍDOS)

Além das exclusões previstas no item **O que o seguro não cobre (riscos excluídos)**, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura:

a	**procedimentos relacionados ou decorrentes de condições preexistentes oucongênitas conhecidas pela pessoa segurada e não declaradas durante a contratação do seguro;**

b	**procedimentos com indicação prévia ao início de vigência da apólice;**
c	**punções em geral;**
d	**citologias em geral;**
e	**procedimentos com objetivo diagnóstico;**
f	**procedimentos paliativos;**
g	**procedimentos ambulatoriais ou em regime de Day Clinic (regime de Hospital Dia, internação por no máximo 12 horas);**
h	**procedimentos não invasivos;**
i	**procedimentos para doação de órgãos/tecidos não sendo o receptor;**
j	**procedimentos estéticos, de rejuvenescimento ou emagrecimento;**
k	**procedimentos reparadores em lesões existentes anteriormente à contratação;**
l	**procedimentos para tratamento ou decorrentes de calvície, obesidade e redução de peso;**

m	**procedimentos de redesignação sexual;**
n	**procedimentos relacionados à gestação/obstétricos, incluindo parto, cesariana, maternidade e abortamento, assim como suas complicações;**
o	**procedimentos relacionados ou com finalidade de tratamento de infertilidade/ fertilidade/esterilização ou mesmo impotência sexual, incluindo congelamento de óvulos;**
p	**procedimentos odontológicos, inclusive gengivais e alveolares;**
q	**procedimentos decorrentes de atos dolosos cometidos pela pessoa segurada;**
r	**procedimentos decorrentes da prática profissional de esportes;**
s	**procedimentos de diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;**
t	**procedimentos para miopia, astigmatismo presbiopia, hipermetropia ou catarata;**
u	**procedimentos restritos ao nariz, dentre os quais: rinonusite, sinusectomia, harmonização nasal, polipectomia, septoplastia ou desvio de septo nasal;**
v	**procedimentos por acidentes que ocorreram fora do período de cobertura, mesmo que reparador ou por complicação;**
w	**procedimentos experimentais ou que não são aprovados pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina;**

x	**procedimentos realizados por técnicas de artroscopia ou tratamento cirúrgico necessário devido a utilização de procedimento de artroscopia;**
y	**procedimentos relacionados ao tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e/ou causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), independentemente de quando foi adquirida.**

5 CARÊNCIA

As cirurgias só estarão cobertas após 90 (noventa) dias, contados do início de vigência da cobertura.

Não haverá carência nos casos em que a cirurgia decorrer de acidente pessoal coberto ocorrido após o início da vigência da cobertura.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado:

a) é o valor máximo que poderá ser recebido em caso de evento;

b) constará na apólice.

O saldo da **Reserva técnica** será atualizado mensalmente pela taxa de juros equivalente a 3% ao ano, enquanto a cobertura estiver ativa.

6.1 Alteração do capital segurado

A pessoa segurada poderá solicitar a alteração do capital segurado desta cobertura por meio de formulário apropriado a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os pagamentos em dia.

Para manter esta cobertura em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de capital segurado e os pagamentos em dia.

O capital segurado desta cobertura será obrigatoriamente revisto para se manter entre os limites mínimo e máximo da seguradora nos seguintes casos:

- se o capital segurado de morte qualquer causa da apólice for alterado, ou
- se a vigência de uma das coberturas adicionais com cobertura de morte qualquer causa for encerrada.

Caso a pessoa segurada solicite a redução do capital segurado desta cobertura adicional, a seguradora pagará a ela a **Reserva técnica** proporcional à redução. A reserva será devidamente atualizada com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a redução até o efetivo pagamento.

Para manter a cobertura contratada em vigor após a redução do valor do capital segurado, o pagamento das parcelas da cobertura contratada deverá continuar, porém, elas serão reduzidas proporcionalmente à redução do capital segurado.

6.2 Reintegração de capital segurado

A cada 12 (doze) meses, contados a partir do início da vigência desta cobertura, o capital segurado volta ao valor original automaticamente. Isso ocorre independentemente do valor pago em benefícios. Assim, é possível acionar a cobertura para mais de um evento coberto ao longo da vigência.

O capital segurado para as cirurgias e procedimentos dessa cobertura será calculado proporcionalmente às porcentagens na Tabela de cirurgias e procedimentos cobertos destas condições especiais.

7 PAGAMENTO DO BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

O pagamento de qualquer benefício desta cobertura será realizado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados.

O prazo de 30 (trinta) dias terá início a partir da data de entrega da documentação completa. Se forem entregues/pedidos em datas diferentes, o prazo será suspenso e voltará a correr quando outros documentos forem entregues.

Verifique a documentação necessária para solicitar a indenização no **Anexo**.

A seguradora poderá solicitar documentos e/ou exames complementares para perfeita compreensão dos fatos ocorridos e da adequação deles às coberturas contratadas.

A pessoa beneficiária, para esta cobertura, é a própria pessoa segurada. Se ela falecer antes do recebimento do benefício, quando já era seu direito, o pagamento será realizado às pessoas herdeiras, conforme a legislação vigente.

O benefício será pago em parcela única e integral.

Esta cobertura é cumulativa com as demais contratadas, para benefícios solicitados decorrentes do mesmo evento, com exceção da cobertura adicional Doenças Ampliadas. Neste caso, a pessoa segurada poderá escolher de qual cobertura deseja receber o benefício.

8 SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO

Se o pagamento dos valores referentes ao seguro não for feito, **essa cobertura será suspensa logo depois do período de tolerância**, descrito nas condições gerais.

Não haverá cobrança de parcelas relativas ao período de suspensão.

Caso ocorra reabilitação do seguro, a contagem do período de carência de 90 dias será reiniciada na data em que a seguradora comunicar que aceitou reabilitar o seguro.

Caso a pessoa segurada não solicite nenhuma alternativa prevista nas condições gerais para reabilitar o seguro até o último dia do período de suspensão, a seguradora cancelará a apólice.

9 FIM DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas condições gerais, a garantia desta cobertura termina:

- **com o cancelamento ou término da cobertura principal, respeitado o período correspondente ao pagamento;**
- **com a mudança da cobertura principal para valor saldado ou benefício prolongado; ou**
- **com a solicitação expressa da pessoa segurada do cancelamento desta cobertura.**

Caso esta cobertura adicional seja cancelada, a seguradora pagará à pessoa segurada a Reserva técnica formada até o dia do cancelamento. A reserva será devidamente atualizada com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a redução até o efetivo pagamento.

10 DISPOSIÇÕES GERAIS

Todas as regras previstas nas condições gerais orientam esta cobertura adicional. As exceções são as regras específicas sobre este produto, descritas nestas condições especiais.

Documentos necessários para pedido de indenização da cobertura adicional Cirurgia Ampliada

a) formulário de aviso de sinistro, fornecido pela seguradora, preenchido e assinado pela pessoa segurada ou pessoa que seja sua procuradora ou curadora.

b) documento assinado pelo médico assistente da pessoa segurada, com informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico.

c) documento de identidade e CPF da pessoa segurada, quando maior de 18 (dezoito) anos, ou certidão de nascimento, quando menor de 18 (dezoito) anos.

d) comprovante de residência da pessoa segurada, não podendo ser anterior a 6 (seis) meses.

e) relatório de operação e ficha anestésica.

f) prontuário hospitalar completo.

g) exames que comprovem a patologia base que indicou a cirurgia.

h) boletim de ocorrência (quando aplicável).

COBERTURA ADICIONAL

Doenças Ampliadas

Condições Especiais

Prudential | itaú

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Clique nos tópicos para consultar um item

1. Definições

2. O que o seguro cobre

3. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

4. Período de carência e franquia

5. Vigência (validade do seguro)

6. Capital segurado

7. Pagamento do benefício (indenização)

8. Suspensão e reabilitação

9. Fim da cobertura

10. Disposições gerais

11. Anexo

Estas condições especiais se referem a uma cobertura adicional que pode ser contratada para integrar o seguro, aumentando a proteção.

Em caso de divergências, as regras destas condições especiais prevalecem sobre as regras das condições gerais.

Dúvidas? Entre em contato com nossos canais de atendimento.

1 DEFINIÇÕES

As definições desta cobertura adicional são as mesmas do item **Explicação de termos técnicos** das condições gerais.

Além daquelas, aqui também utilizaremos estas definições:

Doença/situação coberta: aquelas especificadas no item **O que o seguro cobre** destas Condições Especiais, respeitadas sua organização entre doenças crônicas e não crônicas, respectivas definições, caracterizações e exclusões.

Doença crônica: condição médica persistente ou de longa duração que, em geral, não tem cura definitiva, exigindo tratamento contínuo para controlar os sintomas, previstas na tabela de situações cobertas.

Doença não-crônica: condição médica de início súbito e de curta duração que geralmente é de rápida resolução, com ou sem tratamento médico, especificadas na tabela de situações cobertas.

Para fins desta cobertura, a pessoa beneficiária é a própria pessoa segurada.

2 O QUE O SEGURO COBRE

A contratação e o pagamento dos valores referentes a esta cobertura adicional garantem uma indenização caso a pessoa segurada tenha diagnóstico, durante o período de vigência, de condição prevista nesta cobertura. A condição deve ter sido causada exclusivamente por doença/situação coberta, atendendo às suas definições, características e exclusões, devendo ser comprovada por laudo emitido por médico especialista.

Quando devida, a indenização será paga aplicando-se o percentual referente à doença/situação coberta sobre o capital segurado vigente.

Para ter direito à cobertura, devem ser observados e respeitados os limites da garantia, os riscos excluídos, o período de carência e os demais termos desta cobertura.

Idade mínima para contratação:	**14 (quatorze) anos**
Idade máxima para contratação:	**75 (setenta e cinco) anos**
Idade máxima de encerramento da cobertura:	**80 (oitenta) anos**

Importante:

- As indenizações previstas nesta cobertura serão devidas respeitando-se os Períodos de Carência e Franquia.
- Doenças não previstas na tabela de situações cobertas não terão cobertura.
- Para a solicitação de um segundo benefício, haverá carência de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contados a partir da data que caracterizou o evento coberto do primeiro benefício indenizado.
- Esta cobertura está limitada a apenas 1 (uma) indenização de doença crônica, referente ao primeiro diagnóstico da tabela de situações previstas, independentemente de renovação de vigência desta cobertura.
- As Indenizações das coberturas adicionais Doenças Graves, Doenças Graves Plus, Doenças Graves Modular, Cirurgia Ampliada e a garantia de Doenças Graves e procedimentos médicos cobertos da cobertura principal Seguro de Vida com Doenças Graves Vitalício Itaú, não se acumulam com indenizações desta cobertura de Doenças Ampliadas. **Neste caso, a pessoa segurada poderá escolher de qual cobertura deseja receber o benefício.**
- Esta cobertura permite indenização de até 100% (cem por cento) do capital segurado contratado, em único acionamento, ou no somatório de múltiplas indenizações.
- Havendo o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado dentro da vigência da cobertura, a mesma será cancelada.

Para fins desta cobertura, a data do evento será a data do laudo médico emitido por médico especialista que atesta o diagnóstico das doenças ou a ocorrência de situações relacionadas na tabela de situações cobertas. O laudo médico deverá estar fundamentado por exames comprobatórios que diagnosticam a doença coberta.

Para que esta cobertura seja válida, a data do evento será determinada pelo laudo médico emitido por médico especialista, que atestará o diagnóstico das doenças ou eventos listados na tabela de cobertura e deverá estar fundamentado em exames comprobatórios que diagnosticam a doença coberta. Além disso, o diagnóstico da doença deve seguir os critérios médicos oficiais estabelecidos pela franqueadora.

Tabela de situações cobertas com respectivas franquias e percentual sobre o Capital Segurado para Cálculo da Indenização

Doenças Crônicas Cobertas	Franquia	% sobre o capital segurado para cálculo da indenização
Doenças Infecciosas e Parasitárias		
Febre reumática com envolvimento cardíaco	Não há	40%
Fascite necrosante	Não há	100%
Infecção da coluna	Não há	100%
Doenças do Sangue		
Síndromes de insuficiência da medula óssea	Não há	100%
Doenças do Sistema Nervoso		
Hidrocefalia	Não há	40%
Tumores benignos intracranianos	Não há	40%
Doenças do Sistema Circulatório		
Aneurisma de coração	Não há	40%
Aneurisma artérias coronárias	Não há	40%
Doenças relacionadas a Gravidez, Parto, Puerpério		
Trombose venosa cerebral na gravidez	Não há	100%
Doenças do Sistema Digestivo		
Varizes esofágicas com sangramento	Não há	100%

Doenças da Pele		
Dermatopolimiosite	Não há	40%
Distúrbios dos tecidos moles que requerem cirurgia e hospitalização	72 horas	40%
Esclerose sistêmica (esclerodermia)	Não há	100%
Doenças do Sistema Ósteo-Muscular		
Escoliose com tratamento cirúrgico e hospitalização	72 horas	20%
Lesões no ombro que requerem cirurgia e hospitalização	72 horas	20%
Entesopatias que requerem cirurgia e hospitalização	72 horas	20%
Ciática com tratamento cirúrgico e hospitalização	72 horas	20%
Distúrbios articulares que requerem cirurgia e hospitalização	72 horas	40%
Cifose com tratamento cirúrgico e hospitalização	72 horas	40%
Lordose com tratamento cirúrgico e hospitalização	72 horas	40%
Osteomielite	Não há	40%
Osteonecrose	Não há	40%
Distúrbios da coluna com tratamento cirúrgico e hospitalização	72 horas	40%

Doenças Não-Crônicas Cobertas	Franquia	% sobre o capital segurado para cálculo da indenização
Doenças Infecciosas e Parasitárias		
Dengue hemorrágica	Não há	40%
Abscesso granuloma	Não há	100%
Meningite	Não há	100%
Sepse	Não há	100%
Neoplasias		
Carcinoma in situ	Não há	20%
Doenças do Sistema Nervoso		
Encefalite	Não há	100%
Mielite	Não há	100%
Encefalomielite	Não há	100%
Abscesso intracraniano	Não há	100%
Flebite intracraniana	Não há	100%
Flebite intraespinhal	Não há	100%

Tromboflebite intracraniana	Não há	100%
Tromboflebite intraespinhal	Não há	100%
Doenças do Sistema Circulatório		
Trombose venosa profunda aguda	Não há	20%
Miocardite	Não há	40%
Pericardite	Não há	40%
Dissecção arterial	Não há	100%
Embolia arterial e trombose	Não há	100%
Doenças do Sistema Respiratório		
Tuberculose	Não há	20%
Embolia pulmonar	Não há	40%
Abscesso do pulmão	Não há	100%
Abscesso do mediastino	Não há	100%
Doenças relacionadas a Gravidez, Parto, Puerpério		
Hiperêmese gravídica com distúrbio metabólico	Não há	20%
Hipertensão	Não há	40%
Complicação da gravidez: Distúrbios placentários	Não há	40%
Complicação da gravidez: Hemorragia obstétrica	Não há	100%
Doenças do Sistema Digestivo		
Apendicite aguda com peritonite	Não há	40%
Pancreatite aguda	Não há	40%
Insuficiência hepática aguda	Não há	100%
Insuficiência hepática subaguda	Não há	40%
Úlcera gástrica aguda com hemorragia e/ou perfuração	Não há	100%
Distúrbios vasculares agudos do intestino	Não há	100%
Síndrome de laceração hemorragia gastresofágica	Não há	100%
Hérnia com gangrena	Não há	100%
Perfuração do esôfago	Não há	100%
Doenças do Aparelho Genito-urinário		
Insuficiência renal aguda	Não há	40%
Doenças da Pele		
Síndrome de Stevens Johnson	Não há	100%
Necroses epidérmica toxica (Lyell)	Não há	100%

3 O QUE O SEGURO NÃO COBRE (RISCOS EXCLUÍDOS)

Além das exclusões previstas no item **O que o seguro não cobre (riscos excluídos)**, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura:

a	**Doenças relacionadas a gravidez, aborto, parto ou pós-parto, com exceção das situações previstas na tabela de situações cobertas desta condição especial;**
b	**Pessoas seguradas consideradas inelegíveis à Indenização, conforme condições previstas nesta cobertura.**
c	**Qualquer doença ou lesão não incluída na tabela de situações cobertas.**
d	**Incapacidade temporária, diagnósticos decorrentes de internações para tratamento e reabilitação em regime ambulatorial ou hospitalar de alcoolismo, tabagismo, toxicodependência e outras dependências, bem como patologias derivadas do consumo continuado de álcool e/ou outras drogas.**

4 PERÍODO DE CARÊNCIA E FRANQUIA

As doenças/ situações previstas nesta cobertura estarão cobertas após 60 (sessenta) dias, contados do início de vigência da cobertura.

Para a solicitação de um segundo benefício desta cobertura, haverá **carência de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias**, contados a partir da data que caracterizou o evento coberto do primeiro benefício indenizado, e, assim, sucessivamente.

Quando informado período de franquia na tabela de situações cobertas dessa condição especial, o pagamento do capital segurado será condicionado ao cumprimento do período descrito em horas de internação hospitalar.

5 VIGÊNCIA (VALIDADE DO SEGURO)

A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos. Ao longo desse período, deverão ser pagos os valores referentes a esta cobertura. O período de pagamento será o mesmo período de vigência da apólice.

A cobertura permite renovação e terá seu início e término de vigência na data indicada na apólice.

A vigência de cada cobertura adicional poderá não coincidir com a da principal. No entanto, não poderá ultrapassar o período de vigência da cobertura principal.

Mesmo que os valores referentes à cobertura principal sejam quitados, poderá ser mantida esta cobertura adicional, por meio do pagamento correspondente.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado:

- Constará na apólice.
- É o valor máximo indenizável para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, no caso de ocorrência de evento coberto.

O valor da indenização será calculado considerando a aplicação do percentual previsto para a doença/ situação coberta no capital segurado vigente na apólice.

O Capital Segurado desta cobertura será atualizado monetariamente a cada **12 (doze) meses** contados a partir do seu início de vigência.

Para fins desta cobertura, a data do evento, será a data do laudo médico emitido por médico especialista que atesta o diagnóstico das doenças ou a ocorrência de situações relacionadas na tabela de situações cobertas.

Durante a vigência da cobertura, caso seja pago 100% (cem por cento) do capital segurado à pessoa segurada na forma de benefícios, a cobertura será cancelada. Em hipótese alguma o capital segurado pode exceder este limite.

Dentro do período de 5 (cinco) anos, contados a partir do início de vigência da cobertura, se o capital segurado a ser indenizado superar o limite estabelecido na apólice para esta cobertura, a última indenização terá seu valor reduzido para respeitar o limite de capital segurado disponível.

Alteração do capital segurado

É possível solicitar alteração do capital segurado para esta cobertura.

Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores de capital segurado fixo e o pagamento dos valores estabelecidos pela seguradora para esta cobertura.

Reintegração de capital segurado

A cada vigência da cobertura, ou seja, a cada 5 (cinco) anos, o capital segurado volta ao valor original automaticamente. Isso ocorre independentemente do valor pago em benefícios. Assim, é possível acionar a cobertura para mais de um evento coberto, desde que a cobertura esteja ativa. No entanto, para doenças / situações crônicas, não será permitido mais de uma indenização, ainda que em vigências diferentes.

7 PAGAMENTO DO BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

O pagamento de qualquer benefício desta cobertura será realizado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados e observados os termos apresentados nestas condições especiais.

O prazo de 30 (trinta) dias terá início a partir da data de entrega da documentação completa. Se forem entregues/pedidos em datas diferentes, o prazo será suspenso e voltará a correr quando outros documentos forem entregues.

A pessoa beneficiária, para esta cobertura, é a própria pessoa segurada. Se ela falecer antes do recebimento do benefício, quando já era seu direito, o pagamento será realizado às pessoas herdeiras, conforme a legislação vigente.

O benefício será pago de forma única e integral.

As Indenizações das coberturas adicionais Doenças Graves, Doenças Graves Plus, Doenças Graves Modular, Cirurgia Ampliada e a garantia de Doenças graves e procedimentos médicos cobertos no caso da cobertura principal Seguro de Vida com Doenças Graves Vitalício Itaú não se acumulam com indenizações desta cobertura adicional de Doenças Ampliadas. Será considerado, para efeito de indenização única, o capital segurado de maior valor dentre elas.

Verifique a documentação necessária para solicitar a indenização no **Anexo**.

A seguradora poderá solicitar documentos e/ou exames complementares para perfeita compreensão dos fatos ocorridos e da adequação deles às coberturas contratadas.

Se, apesar dos documentos apresentados, a seguradora ainda tiver dúvida fundamentada, será permitido que solicite documentos ou informações complementares ou perícia realizada por médicos especialistas contratados e custeados pela seguradora.

A seguradora pode, em caso de dúvida fundada e justificável, tomar todas as providências em relação aos fatos, arcando com os respectivos custos, para obter explicação completa do ocorrido. Pode, inclusive, pedir documentos que julgar necessários à comprovação dos fatos alegados.

8 SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO

Se o pagamento dos valores pelo seguro não for feito, essa cobertura será suspensa logo depois do **período de tolerância**, descrito nas condições gerais.

Caso ocorra reabilitação do seguro, a contagem do período de carência de 60 (sessenta) dias será reiniciado na data em que a seguradora comunicar que aceitou reabilitar o seguro.

Caso a pessoa segurada não solicite nenhuma alternativa prevista nas condições gerais para reabilitar o seguro até o último dia do período de suspensão, a seguradora cancelará a apólice.

9 FIM DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas condições gerais, a garantia desta cobertura termina:

a) com o pagamento de 100% do capital segurado contratado, seja em único evento coberto ou acionamento ou múltiplos eventos cobertos dentro da mesma vigência;

b) com cancelamento da apólice em razão do falecimento do segurado;

c) com o cancelamento ou término da cobertura principal, respeitado o período correspondente ao pagamento;

d) com a mudança da cobertura principal para valor saldado ou benefício prolongado;

e) com a solicitação expressa da pessoa segurada do cancelamento desta cobertura.

f) se constatada uma das hipóteses que caracterizem a perda do direito a indenização das Condições Gerais ou da legislação em vigor;

f) ao final do prazo de vigência desta cobertura informada na apólice ou quando a pessoa segurada alcançar a idade de saída prevista nesta condição especial.

Caso esta cobertura adicional seja cancelada, a seguradora pagará à pessoa segurada a reserva técnica formada até o dia do cancelamento. A reserva será devidamente atualizada com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a redução até o efetivo pagamento.

10 DISPOSIÇÕES GERAIS

Todas as regras previstas nas condições gerais orientam esta cobertura adicional. As exceções são as regras específicas sobre esta cobertura, descritas nestas condições especiais.

11 ANEXO

Documentos necessários para pedido de indenização da cobertura adicional Doenças Ampliadas:

a) formulário de aviso de sinistro, fornecido pela seguradora, preenchido e assinado pela pessoa segurada ou pessoa que seja sua procuradora ou curadora.

b) documento assinado pelo médico assistente da pessoa segurada, com informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico.

c) documento de identidade e CPF da pessoa segurada, quando maior de 18 (dezoito) anos, ou certidão de nascimento, quando menor de 18 (dezoito) anos

d) comprovante de residência da pessoa segurada, não podendo ser anterior a 3 (três) meses.

e) resultado de exames médicos realizados para comprovação da doença coberta.

f) comprovante de renda, que poderá ser cópia de holerite ou da declaração de imposto de renda do último ano-exercício;

g) Declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital ou clínica quando houver internação ou atendimento indicando data e hora de entrada e de alta Hospitalar, mencionando períodos de enfermaria e UTI além do motivo de internação com cópia de todos os exames realizados;

COBERTURA ADICIONAL

Doenças Graves

Condições Especiais

Prudential | itaú

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Clique nos tópicos para consultar um item

1. Definições

2. O que o seguro cobre

3. Vigência

4. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

5. Carência

6. Capital segurado

7. Acionamento do seguro

8. Pagamento do benefício (indenização)

9. Suspensão e reabilitação

10. Fim da cobertura

11. Disposições gerais

12. Anexo

Estas condições especiais se referem a uma cobertura adicional que pode ser contratada para integrar o seguro, aumentando a proteção.

Em caso de divergências, as regras destas condições especiais prevalecem sobre as regras das condições gerais.

Dúvidas? Entre em contato com nossos canais de atendimento.

1 DEFINIÇÕES

As definições desta cobertura adicional são as mesmas do item **Explicação de termos técnicos** das condições gerais.

Além daquelas, aqui também utilizaremos estas definições:

Doença grave coberta: doenças especificadas no item **O que o seguro cobre** destas condições especiais, respeitados as definições, caracterizações e exclusões de cada uma dessas doenças.

Evento coberto: sobrevivência da pessoa segurada 30 (trinta) dias após receber o diagnóstico, feito por médico especializado, de uma das doenças graves cobertas ou da realização de um dos procedimentos médicos cobertos, ambos descritos no item **O que o seguro cobre** destas condições especiais.

Procedimento médico coberto: procedimentos médicos especificados no item **O que o seguro cobre** destas condições especiais, respeitados definições, características e riscos excluídos de cada um desses procedimentos.

A própria pessoa segurada é a beneficiária deste seguro.

2 O QUE O SEGURO COBRE

Essa cobertura garante o pagamento do capital segurado contratado se a pessoa segurada sobreviver 30 (trinta) dias após receber o diagnóstico de uma doença grave coberta ou de realizar um procedimento médico coberto.

Importante:

O diagnóstico deverá ter sido emitido e constatado pela primeira vez após a data de início de vigência desta cobertura, observados os riscos excluídos, o período de carência e demais termos das condições gerais e especiais.

Idade mínima para contratação:	**14 (quatorze) anos**
Idade máxima para contratação:	**75 (setenta e cinco) anos**
Idade máxima de encerramento da cobertura:	**80 (oitenta) anos**

Lista de doenças graves e procedimentos médicos cobertos:

I. Câncer

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizada pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo.

O termo "câncer" também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a enfermidade de Hodgkin.

As exclusões para câncer são:

- **Qualquer grau ou estágio de neoplasia intraepitelial cervical (NIC);**
- **Qualquer tumor ou lesão pré-maligna;**
- **Todos os cânceres não invasivos (in situ);**
- **O câncer de próstata no estágio I (T1a, 1b, 1c);**

Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas (espinocelular) de pele;

Melanoma maligno com índice de Clark I ou II, ou índice de espessura de Breslow menor do que 0,76 mm;

Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0 e;

Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus de imunodeficiência humana.

II. Cirurgia de revascularização miocárdica com implante de ponte(s) vascular(es) nas artérias coronarianas (*Bypass*)

Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que estão com estreitamento anormal ou obstrução, com o implante de ponte(s) (*Bypass*) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia, e a realização da cirurgia deve ser confirmada por médico especialista.

As exclusões para esta cirurgia são:

Angioplastias;

Outros procedimentos intra-arteriais e;

Cirurgia por toracotomia mínima.

III. Infarto agudo do miocárdio

É a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida.

O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência simultânea dos seguintes critérios:

a) histórico de dores torácicas típicas;

b) alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG) laudado que deverá ser entregue à seguradora e

c) elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica, os quais deverão ser entregues à seguradora.

As exclusões para infarto são:

Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST somente com elevação de troponina "I" ou "T";

outras síndromes coronarianas agudas (p. ex.: angina de peito estável ou instável) e;

infarto do miocárdio silencioso.

IV. Insuficiência renal terminal

Etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou realização de transplante renal. O diagnóstico deve ser indicado por médico especialista.

V. Acidente vascular cerebral (AVC)

Qualquer acidente vascular cerebral com sequelas neurológicas permanentes, incluindo o infarto do tecido cerebral, hemorragia e embolização originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por sintomas clínicos típicos e resultados de tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética do cérebro. Devem-se documentar as evidências de déficit neurológico que persistam, no mínimo, por 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.

As exclusões para AVC são:

- **Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas (ex.: isquemia cerebral transitória – ICT);**
- **Dano traumático do cérebro;**
- **Infartos lacunares sem déficit neurológico e**
- **Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.**

VI. Transplantes de órgãos

Transplante em que a pessoa segurada recebe algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, intestino delgado ou medula óssea.

As exclusões para transplante de órgãos são:

- **Colocação de coração artificial, ainda que temporariamente, com objetivo de realizar um transplante de órgão humano no futuro;**
- **Transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos;**
- **Autotransplante de medula;**
- **Transplante de células-tronco (“células-mãe”) e;**
- **Transplante de células-beta do pâncreas.**

VII. Paralisia

Perda total e irreversível do uso de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada por paralisia, apenas devido a acidente pessoal coberto ou doença envolvendo a medula espinhal. É preciso que essas condições sejam medicamente documentadas por, pelo menos, 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.

A exclusão para paralisia é a paralisia provocada por síndrome de Guillain-Barré.

3 VIGÊNCIA

A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos e corresponderá ao mesmo período de pagamento das parcelas desta cobertura. Nesse período, deverão ser pagas as parcelas referentes a esta cobertura.

A vigência de cada cobertura adicional poderá não coincidir com a vigência da cobertura principal, mas não poderá ultrapassá-la.

Mesmo que os pagamentos da cobertura principal estejam quitados, a pessoa segurada poderá manter essa cobertura adicional, por meio do pagamento correspondente.

A cobertura terá seu início e término de vigência na data indicada na apólice.

4 RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas no item anterior e as previstas no item O que o seguro não cobre (riscos excluídos), das condições gerais, também estão excluídos desta cobertura:

a	**Diagnósticos concedidos pela própria segurada, seus dependentes, parentes ou pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com ele, ainda que sejam médicos profissionais habilitados;**

b	**Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;**
c	**Doenças profissionais;**
d	**Ocorrência de doença grave coberta ou procedimento médico coberto resultante de tentativa de suicídio da pessoa segurada, ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro ou após novo prazo de 2 (dois) anos a partir da data de reabilitação do seguro. Neste caso, a seguradora restituirá a reserva técnica constituída em nome da pessoa segurada (artigo 798, Código Civil).**

5 CARÊNCIA

A carência é de 90 (noventa) dias, a contar do início da vigência desta cobertura. Assim, o primeiro diagnóstico de doença grave coberta ou a realização de procedimento médico coberto deve ocorrer após esse período, para que a pessoa segurada tenha direito ao benefício desta cobertura.

Não há carência nos casos que a doença grave coberta ou o procedimento médico coberto sejam ocasionados por acidente pessoal ocorrido após o início da vigência desta cobertura.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado:

É o valor máximo contratado que poderá ser recebido em caso de evento coberto.	Constará na apólice.

Para manter esta cobertura em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de capital segurado e os pagamentos em dia.

6.1 Alteração do capital segurado

A pessoa segurada poderá solicitar a alteração do capital segurado desta cobertura por meio de formulário apropriado a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os pagamentos em dia.

O capital segurado desta cobertura será obrigatoriamente revisto para se manter entre os limites mínimo e máximo da seguradora nos seguintes casos:

a) se o capital segurado de morte qualquer causa da apólice for alterado, ou

b) se a vigência de uma das coberturas adicionais com cobertura de morte qualquer causa for encerrada.

Caso a pessoa segurada solicite a redução do capital segurado desta cobertura adicional, a seguradora pagará a ela a **Reserva técnica** proporcional à redução. A reserva será devidamente atualizada monetariamente com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a redução até o efetivo pagamento.

7 ACIONAMENTO DO SEGURO

A seguradora deve ser imediatamente comunicada sobre o evento coberto. Atenção aos documentos que podem ser solicitados no Anexo.

8 PAGAMENTO DO BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

A própria pessoa segurada é a beneficiária deste seguro. O benefício será pago de forma única e integral.

Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, o 30º (trigésimo) dia após o recebimento de um diagnóstico de doença grave coberta ou a realização de um procedimento médico coberto e desde que a pessoa segurada esteja viva nesta data.

O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias da data de entrega de todos os documentos solicitados. Devem ser cumpridas as regras de pagamento de benefício das condições gerais e demais disposições do seguro.

Após o diagnóstico de doença ou procedimento cobertos, é necessário que a pessoa segurada esteja viva 30 dias depois. A pessoa segurada pode solicitar o benefício a qualquer tempo. No entanto, é necessária a sobrevivência dela 30 dias após o diagnóstico ou procedimento cobertos.

Esta cobertura é cumulativa com as demais contratadas, para benefícios solicitados decorrentes do mesmo evento, com exceção da cobertura adicional Doenças Ampliadas. Neste caso, a pessoa segurada poderá escolher de qual cobertura deseja receber o benefício.

Os documentos do Anexo podem ser necessários para análise e pagamento dos benefícios deste seguro. Se solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora.

A seguradora poderá solicitar documentos e/ou exames complementares para verificação do fato ocorrido e da existência de cobertura.

Se a pessoa segurada falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era seu direito, o pagamento será realizado aos herdeiros, conforme legislação vigente.

9 SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO

Se os valores referentes a este seguro não forem pagos, esta cobertura será suspensa logo depois do período de tolerância, descrito nas condições gerais, independentemente de qualquer notificação.

Não haverá cobrança de parcelas durante o **período de suspensão**.

Se a pessoa segurada não solicitar nenhuma alteração citada nas condições gerais para reabilitação do seguro até o último dia do período de suspensão, **a seguradora cancelará a apólice**. Nesse caso, a pessoa segurada receberá o valor que tenha sido acumulado como **reserva técnica**, atualizado monetariamente desde o cancelamento até o efetivo pagamento na forma da lei e tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE.

Em caso de reabilitação do seguro, o período de carência de 90 dias destas condições especiais terá sua contagem reiniciada a partir da data de expedição do aceite formal da reabilitação, feito pela seguradora.

10 FIM DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas cláusulas de **Suspensão e reabilitação** e **Cancelamento** das condições gerais, esta cobertura se encerra:

- **com o cancelamento ou término da cobertura principal à qual está cobertura adicional está vinculada, respeitado o período correspondente de pagamento;**
- **com o pagamento do benefício, previsto nesta cobertura;**
- **com a mudança da cobertura principal, à qual esta cobertura adicional está vinculada, para o status valor saldado ou benefício prolongado; ou**
- **com a solicitação expressa da pessoa segurada para cancelar esta cobertura.**

As definições de **valor saldado** e **benefício prolongado** constam nas condições gerais.

Se a pessoa segurada solicitar o cancelamento da cobertura adicional, a seguradora pagará a ela a **Reserva técnica** formada até o dia do cancelamento da cobertura, atualizada monetariamente, com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

11 DISPOSIÇÕES GERAIS

Todas as regras previstas nas condições gerais orientam esta cobertura adicional. As exceções são as regras específicas sobre este produto, descritas nestas condições especiais.

Documentação para análise e pagamento dos benefícios deste seguro:

- Formulário de acionamento do benefício específico para esta cobertura adicional, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pela pessoa segurada ou seu representante legal;
- Documento assinado pelo médico assistente da pessoa segurada, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
- Declaração de sobrevivência da pessoa segurada;
- Cópias dos exames comprobatórios, conforme item O que o seguro cobre, destas condições especiais;
- Cópia do prontuário médico de internação hospitalar da pessoa segurada, em caso de ter havido internação;
- Documento de Identidade e CPF da pessoa segurada;

COBERTURA ADICIONAL

Doenças Graves Cônjuge

Condições Especiais

Prudential | itaú

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Clique nos tópicos para consultar um item

1. Definições

2. O que o seguro cobre

3. Vigência (Validade da cobertura)

4. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

5. Carência

6. Capital segurado

7. Acionamento do seguro

8. Pagamento do benefício (indenização)

9. Fim da cobertura

10. Disposições gerais

11. Anexo

Estas condições especiais se referem a uma cobertura adicional que pode ser contratada para integrar o seguro, aumentando a proteção.

Em caso de divergências, as regras destas condições especiais prevalecem sobre as regras das condições gerais.

Dúvidas? Entre em contato com nossos canais de atendimento.

1 DEFINIÇÕES

As definições desta cobertura adicional são as mesmas do item **Explicação de termos técnicos** das condições gerais.

Além daquelas, aqui também utilizaremos estas definições:

Doença grave coberta: doenças especificadas no item **O que o seguro cobre** destas condições especiais, respeitados as definições, caracterizações e exclusões de cada uma dessas doenças.

Evento coberto: sobrevivência da pessoa segurada 30 (trinta) dias após receber o diagnóstico, feito por médico especializado, de uma das doenças graves cobertas ou da realização de um dos procedimentos médicos cobertos, ambos descritos no item **O que o seguro cobre** destas condições especiais.

Procedimento médico coberto: procedimentos médicos especificados no item **O que o seguro cobre** destas condições especiais, respeitados definições, características e riscos excluídos de cada um desses procedimentos.

Cônjuge/companheiro: cônjuge é o parceiro legalmente vinculado por casamento, enquanto Companheiro é a pessoa com quem se mantém união estável, caracterizada conforme a lei e a jurisprudência. Para efeitos dessa cobertura, o Companheiro será equiparado a Cônjuge.

Cônjuge segurado: para fins desta cobertura, a pessoa segurada será o Cônjuge/Companheiro do titular da apólice, desde que a sociedade conjugal ou união estável esteja devidamente comprovado no período compreendido entre as datas investigação da doença e de início dos procedimentos e exames médicos e a ocorrência do evento coberto.

Convivência: relação caracterizada pela vida em comum entre duas pessoas, pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituir família, configurando união estável, independentemente de formalização por declaração registrada em cartório ou por escritura pública de união estável.

A pessoa segurada nesta cobertura é o cônjuge segurado, no momento do acionamento do benefício. O beneficiário desta cobertura é o cônjuge segurado.

O novo cônjuge segurado será considerado como cônjuge/companheiro se, na data do diagnóstico do evento coberto, o titular da apólice já estava separado judicialmente ou de fato.

Leia atentamente os itens O que o seguro cobre e O que o seguro não cobre (riscos excluídos), destas condições especiais. Por exemplo: nem todo tipo de câncer está coberto por estas condições especiais.

2 O QUE O SEGURO COBRE

Essa cobertura garante o pagamento do capital segurado contratado se o cônjuge segurado desta cobertura adicional sobreviver **30 (trinta) dias** após receber o diagnóstico de uma doença grave coberta ou de realizar um procedimento médico coberto.

A identificação do cônjuge segurado ocorrerá no momento de regulação do benefício. Para elegibilidade à indenização desta cobertura, o cônjuge segurado deverá atender aos critérios a seguir:

Será devido o benefício decorrente desta cobertura adicional se atendidos todos os critérios a seguir:

- A condição de cônjuge/companheiro deve ser comprovada e anterior à data do diagnóstico e ao início dos procedimentos e exames médicos de investigação da doença;
- Na data do evento coberto, o cônjuge segurado deve apresentar idade entre o mínimo e o máximo exigido nesta cobertura;
- A cobertura de Doenças Graves do titular da apólice estiver ativa.

A data do evento será o 30º (trigésimo) dia após o recebimento de um diagnóstico de doença grave coberta ou a realização de procedimento médico coberto.

A contratação e a vigência desta cobertura adicional Doenças Graves Cônjuge está condicionada à contratação e vigência da cobertura adicional de Doenças Graves pelo titular da apólice.

Esta cobertura só será válida se tiver sido contratada na apólice e se os respectivos pagamentos estiverem em dia.

Além disso, para algumas doenças cobertas, é preciso demonstrar:

a) que as limitações da doença persistem por determinado tempo.

b) a manutenção de terapia empregada.

Importante:

A data de início dos procedimentos e exames médicos para investigação da doença deverá ser posterior à data de início de vigência desta cobertura, observados os riscos excluídos, o período de carência, os critérios de elegibilidade e demais termos das condições gerais e especiais. O início de vigência desta cobertura coincidirá com o início de vigência da cobertura adicional Doenças Graves do titular da apólice.

A invalidez permanente e total por acidente só será devida se o titular da apólice contratar a apólice com cobertura principal de invalidez permanente e total por acidente.

Idade mínima para contratação:	**16 (dezesseis) anos**
Idade máxima para contratação:	**75 (setenta e cinco) anos**
Idade máxima de encerramento da cobertura:	**até 80 (oitenta) anos**

Leia atentamente os itens O que o seguro cobre e O que o seguro não cobre (riscos excluídos) destas condições especiais.

Lista de doenças graves e procedimentos médicos cobertos:

I. Câncer

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizada pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo.

O termo "câncer" também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a enfermidade de Hodgkin.

As exclusões para câncer são:

- **Qualquer grau ou estágio de neoplasia intraepitelial cervical (NIC);**
- **Qualquer tumor ou lesão pré-maligna;**
- **Todos os cânceres não invasivos (in situ);**
- **O câncer de próstata no estágio I (T1a, 1b, 1c);**
- **Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas (espinocelular) de pele;**
- **Melanoma maligno com índice de Clark I ou II, ou índice de espessura de Breslow menor do que 0,76 mm;**
- **Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0 e;**
- **Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus de imunodeficiência humana.**

II. Cirurgia de revascularização miocárdica com implante de ponte(s) vascular(es) nas artérias coronarianas (*Bypass*)

Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que estão com estreitamento anormal ou obstrução, com o implante de ponte(s) (*Bypass*) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia, e a realização da cirurgia deve ser confirmada por médico especialista.

As exclusões para esta cirurgia são:

Angioplastias;

Outros procedimentos intra-arteriais e;

Cirurgia por toracotomia mínima.

III. Infarto agudo do miocárdio

É a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida.

O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência simultânea dos seguintes critérios:

a) histórico de dores torácicas típicas;

b) alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG) laudado que deverá ser entregue à seguradora e

c) elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica, os quais deverão ser entregues à seguradora.

As exclusões para infarto são:

Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST somente com elevação de troponina "I" ou "T";

Outras síndromes coronarianas agudas (p. ex.: angina de peito estável ou instável) e;

Infarto do miocárdio silencioso.

IV. Insuficiência renal terminal

Etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou realização de transplante renal. O diagnóstico deve ser indicado por médico especialista.

V. Acidente vascular cerebral (AVC)

Qualquer acidente vascular cerebral com sequelas neurológicas permanentes, incluindo o infarto do tecido cerebral, hemorragia e embolização originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por sintomas clínicos típicos e resultados de tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética do cérebro. Devem-se documentar as evidências de déficit neurológico que persistam, no mínimo, por 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.

As exclusões para AVC são:

Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas (ex.: isquemia cerebral transitória – ICT);

Dano traumático do cérebro;

Infartos lacunares sem déficit neurológico e;

Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

VI. Transplantes de órgãos

Transplante em que o conjuge segurado recebe algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, intestino delgado ou medula óssea.

As exclusões para transplante de órgãos são:

Colocação de coração artificial, ainda que temporariamente, com objetivo de realizar um transplante de órgão humano no futuro;

Transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos;

Autotransplante de medula;

Transplante de células-tronco (“células-mãe”) e;

Transplante de células-beta do pâncreas.

VII. Paralisia

Perda total e irreversível do uso de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada por paralisia, apenas devido a acidente pessoal coberto ou doença envolvendo a medula espinhal. É preciso que essas condições sejam medicamente documentadas por, pelo menos, **3 (três) meses** a partir da data do diagnóstico.

A exclusão para paralisia é a paralisia provocada por síndrome de Guillain-Barré.

A contratação e a vigência desta cobertura adicional Doenças Graves Cônjuge está condicionada à contratação e vigência da cobertura adicional de Doenças Graves pelo titular da apólice, sendo esta cobertura adicional um espelho da cobertura adicional Doenças Graves do titular da apólice. Isto é, as garantias, condições de preço e de emissão da apólice serão estritamente as mesmas do titular da apólice.

3 VIGÊNCIA (VALIDADE DA COBERTURA)

A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos e corresponderá ao mesmo período de pagamento das parcelas desta cobertura. Nesse período, deverão ser pagas as parcelas referentes a esta cobertura.

A vigência de cada cobertura adicional poderá não coincidir com a vigência da cobertura principal, mas não poderá ultrapassá-la.

Mesmo que os pagamentos da cobertura principal estejam quitados, o titular da apólice poderá manter esta cobertura adicional Doenças Graves Cônjuge, por meio do pagamento correspondente à esta e à cobertura adicional Doenças Graves do titular da apólice.

A cobertura terá seu início e término de vigência na data indicada na apólice.

4 O QUE O SEGURO NÃO COBRE (RISCOS EXCLUÍDOS)

Além das exclusões descritas no item anterior e as previstas no item **O que o seguro não cobre (riscos excluídos)**, das condições gerais, também estão excluídos desta cobertura:

a	**Diagnósticos concedidos pelo próprio cônjuge segurado, seus dependentes, por parentes de qualquer grau, ou por pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com ela, ainda que possuam habilitação profissional para o exercício da medicina;**
b	**Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;**
c	**Doenças profissionais;**
d	**Ocorrência de doença grave coberta ou procedimento médico coberto resultante de tentativa de suicídio do cônjuge segurado, ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro ou após novo prazo de 2 (dois) anos a partir da data de reabilitação do seguro. Neste caso, a seguradora restituirá a reserva técnica constituída em nome do cônjuge segurado (artigo 798, Código Civil).**

5 CARÊNCIA

A carência é de 90 (noventa) dias, a contar do início da vigência desta Cobertura Adicional Doenças Graves Cônjuge. Assim, o primeiro diagnóstico de doença grave coberta ou a realização de procedimento médico coberto deve ocorrer após esse período, para que o cônjuge segurado tenha direito ao benefício desta cobertura.

Não há carência nos casos que a doença grave coberta ou o procedimento médico coberto sejam ocasionados por acidente pessoal ocorrido após o início da vigência desta cobertura.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado:

É o valor máximo contratado que poderá ser recebido em caso de evento coberto	Constará na apólice.

O valor do capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e estará disponível na apólice de seguro de vida, que poderá ser consultada na **Área de Clientes**.

O valor do capital segurado máximo desta cobertura adicional Doenças Graves Cônjuge corresponde a 50% (cinquenta por cento) do capital segurado da cobertura adicional Doenças Graves do titular da apólice, respeitado o valor máximo estabelecido pela seguradora.

6.1 Alteração do capital segurado

A alteração do capital segurado desta cobertura adicional Doenças Graves Cônjuge, pelo titular da apólice, está condicionada à alteração do capital segurado da cobertura adicio-

nal Doenças Graves do titular da apólice. Essa alteração somente poderá ser solicitada pelo titular da apólice, por meio de formulário apropriado, a qualquer momento durante a vigência.

A alteração do capital segurado da cobertura adicional Doenças Graves solicitada pelo titular da apólice impactará proporcionalmente o valor do capital segurado desta cobertura adicional Doenças Graves Cônjuge, mantendo a relação de 50% (cinquenta por cento) do valor do capital segurado da cobertura do titular da apólice.

Para manter esta cobertura em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de capital segurado e os pagamentos em dia referentes à esta Cobertura Adicional Doenças Graves Cônjuge e à Cobertura Adicional Doenças Graves do titular da apólice, estabelecidos pela seguradora.

O capital segurado desta cobertura será obrigatoriamente revisto para se manter entre os limites mínimo e máximo da seguradora nos seguintes casos:

a) se o capital segurado de morte qualquer causa do titular da apólice for alterado, ou

b) se o capital segurado da Cobertura Adicional de Doenças Graves do titular da apólice for alterado, ou

c) se a vigência de uma das Coberturas Adicionais com cobertura de morte qualquer causa for encerrada.

Caso o titular da apólice solicite a redução do capital segurado desta cobertura adicional Doenças Graves Cônjuge, a seguradora pagará ao titular da apólice a **Reserva Técnica** proporcional à redução, atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada desde a redução até o efetivo pagamento na forma da lei ao titular da apólice, por meio de crédito em conta de sua própria titularidade constituída no Brasil.

7 ACIONAMENTO DO SEGURO

A seguradora deve ser imediatamente comunicada sobre o evento coberto. Atenção aos documentos que podem ser solicitados no **Anexo**.

8 PAGAMENTO DO BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, o 30º (trigésimo) dia após o recebimento de um diagnóstico de doença grave coberta ou a realização de um procedimento médico coberto e desde que a pessoa segurada esteja viva nesta data.

O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias da data de entrega de todos os documentos solicitados. Devem ser cumpridas as regras de pagamento de benefício das condições gerais e demais disposições do seguro.

Após o diagnóstico de doença ou procedimento coberto, é necessário estar vivo 30 (trinta) dias depois. O cônjuge segurado pode solicitar o benefício a qualquer tempo. **No entanto, é necessária sua sobrevivência 30 (trinta) dias após o diagnóstico ou procedimento coberto, com a persistência das limitações ou manutenção da terapia, previstos para algumas das doenças graves cobertas.**

A identificação do cônjuge segurado será realizada no momento da regulação do benefício. Os documentos do **Anexo** podem ser necessários para análise e pagamento dos benefícios cobertos por este seguro. Se solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora.

A seguradora poderá solicitar documentos e/ou exames complementares para verificação do fato ocorrido e da existência de cobertura.

O benefício será pago de forma única e integral ao cônjuge segurado.

No momento da regulação do benefício, caso seja identificado que a idade do cônjuge segurado excedia o limite de idade máxima previsto para esta cobertura na data do evento coberto, será possível a devolução de todos os prêmios pagos a partir da data em que o cônjuge segurado completou a idade limite de saída da cobertura. Essa devolução será

realizada com atualização monetária, conforme previsto na legislação vigente, hipótese em que a cobertura será cancelada. Caso o titular opte por manter a cobertura ativa, não haverá devolução de prêmios pagos.

Esta cobertura é cumulativa com as demais coberturas adicionais destinadas a cônjuge/companheiro contratadas, para benefícios solicitados decorrentes de um mesmo evento.

Se o cônjuge segurado desta cobertura adicional Doenças Graves Cônjuge falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era seu direito, o pagamento será realizado aos herdeiros, observando-se a legislação vigente.

9 FIM DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas no item Cancelamento das condições gerais, esta cobertura se encerra:

a) com o cancelamento ou término da cobertura principal à qual esta cobertura adicional está vinculada, respeitado o período correspondente de pagamento;

b) com o pagamento do benefício, previsto nesta cobertura ou pagamento do benefício previsto na cobertura Doenças Graves do titular da apólice;

c) com a mudança da cobertura principal, à qual esta cobertura adicional está vinculada, para o status valor saldado ou benefício prolongado;

d) com a solicitação expressa do titular da apólice para cancelar esta cobertura O cancelamento será de toda a cobertura para a qual não haverá devolução de quaisquer prêmios pagos.

e) com o cancelamento ou término da cobertura adicional Doenças Graves do titular da apólice, à qual esta cobertura adicional está vinculada, respeitado o período correspondente de pagamento;

f) quando o titular da apólice alcançar a idade de saída prevista na condição especial da cobertura Doenças Graves;

g) ao final do prazo de vigência desta cobertura informada na apólice;

As definições de valor saldado e benefício prolongado constam nas condições gerais.

Caso o titular da apólice solicite o cancelamento da cobertura adicional Doenças Graves Cônjuge, a seguradora pagará ao titular da apólice a **Reserva técnica** formada até o dia do cancelamento da cobertura, atualizada monetariamente, com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento ao titular da apólice, por meio de crédito em conta de sua própria titularidade constituída no Brasil.

10 DISPOSIÇÕES GERAIS

Todas as regras previstas nas condições gerais orientam esta cobertura adicional. As exceções são as regras específicas sobre este produto, descritas nestas condições especiais.

Documentos necessários para pedido de indenização da cobertura Doenças Graves Cônjuge:

a) Formulário de acionamento do benefício específico para esta cobertura adicional, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo cônjuge segurado ou seu representante legal;

b) Documento assinado pelo médico assistente do cônjuge segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;

c) Declaração de sobrevivência do cônjuge segurado;

d) Cópias dos exames comprobatórios, conforme item **O que o seguro cobre**, destas condições especiais;

e) Cópia do prontuário médico de internação hospitalar do cônjuge segurado, em caso de ter havido internação;

f) Documento de Identidade e CPF do cônjuge segurado;

g) Certidão de casamento ou declaração de união estável registrada em cartório ou escritura pública de união estável;

h) Certidão de nascimento da pessoa segurada, quando menor de 18 (dezoito) anos;

i) Comprovante de residência da pessoa segurada, não podendo ser anterior a 3 (três) meses.

j) Certidão de nascimento do cônjuge segurado, quando menor de18 (dezoito) anos;

k) Comprovante de residência do cônjuge segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses.

A data de assinatura da declaração de união estável ou da escritura pública de união estável deverá ser anterior à data de início dos procedimentos e exames médicos relacionados à investigação da doença. Essa exigência se aplica mesmo que tenha sido declarada, no documento, data retroativa de início da convivência.

Na ausência da certidão de casamento, declaração de união estável registrada em cartório ou escritura pública de união estável, deverão ser apresentados elementos que comprovem, através de ao menos 3 (três) dos documentos listados abaixo, (i) a Convivência do casal em data anterior à data de início dos procedimentos médicos, exames e investigação da doença; e (ii) a Convivência do casal na data do evento segurado:

1. Declarações de imposto de renda, com recibo de entrega, que identifique o conjuge Segurado como dependente do titular da apólice, sendo:

   a) uma referente ao exercício anterior ao ano de início dos procedimentos médicos, exames e investigação da doença;

   b) uma referente ao último exercício disponível;

2. Comprovantes de conta bancária conjunta do cônjuge segurado e do Titular da Apólice;

3. Certidão de nascimento de filho havido em comum;

4. Comprovantes de residência (contas de luz, água, gás ou telefone fixo) em nome do cônjuge segurado e do titular da Apólice, emitidos até 3 (três) meses antes da data de aviso do sinistro;

5. Faturas de cartões de crédito que demonstrem cartão adicional em nome do cônjuge segurado em conta de titularidade do titular da apólice, emitidos até 3 (três) meses antes da data de aviso do sinistro;

6. Registro em associação de qualquer natureza, do qual conste o(a) companheiro(a) como dependente do segurado;

7. Certidão de casamento religioso;

8. Disposições testamentárias.

COBERTURA ADICIONAL

Doenças Graves Modular

Condições Especiais

Prudential | itaú

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Clique nos tópicos para consultar um item

1. Definições

2. O que o seguro cobre

3. Vigência (validade da cobertura)

4. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

5. Carência

6. Capital segurado

7. Pagamento do benefício (indenização)

8. Suspensão e reabilitação

9. Fim da cobertura

10. Disposições gerais

11. Anexo

Estas condições especiais se referem a uma cobertura adicional que pode ser contratada para integrar o seguro, aumentando a proteção.

Em caso de divergências, as regras destas condições especiais prevalecem sobre as regras das condições gerais.

Dúvidas? Entre em contato com nossos canais de atendimento.

1 DEFINIÇÕES

As definições utilizadas nesta cobertura adicional são as mesmas que constam do item Explicação de termos técnicos das condições gerais.

Além daquelas, esta condição especial também utiliza as definições a seguir:

Módulos de cobertura: organização, em grupos, das doenças graves cobertas e dos procedimentos médicos cobertos para critérios de análise de risco, subscrição, aceitação e indenização.

Doença grave coberta: doenças especificadas no item O que o seguro cobre destas condições especiais, respeitadas sua organização em módulos de coberturas, respectivas definições, caracterizações e exclusões.

Benefício adicional: será pago um capital segurado adicional para as seguradas mulheres nos casos do primeiro diagnóstico de câncer de mama ou segurados homens nos casos de diagnóstico de câncer de próstata.

Procedimento médico coberto: procedimentos médicos especificados no item O que o seguro cobre destas condições especiais, cumprindo os critérios dos módulos de coberturas, definições, caracterizações e exclusões de cada um desses procedimentos.

Evento coberto: sobrevivência da pessoa segurada 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico de uma das doenças graves cobertas ou da realização de um dos procedimentos médicos cobertos, realizados por médico especializado, descritos no item O que o seguro cobre destas condições especiais.

Para esta cobertura, a pessoa beneficiária é a segurada.

Leia atentamente os itens O que o seguro cobre e O que o seguro não cobre (riscos excluídos). Por exemplo: nem todo tipo de câncer está coberto por estas condições especiais.

2 O QUE O SEGURO COBRE

Esta cobertura garante o pagamento do capital segurado contratado se a pessoa segurada sobreviver **30 (trinta) dias** após receber o diagnóstico de uma doença grave coberta ou de realizar um procedimento médico coberto.

Esta cobertura só será válida se tiver sido contratada na apólice e se os respectivos pagamentos estiverem em dia.

Além disso, para algumas doenças cobertas, é preciso demonstrar:

a) que as limitações da doença persistem por determinado tempo.

b) a manutenção de terapia empregada.

Importante:

O diagnóstico deverá ter sido emitido e constatado pela primeira vez após a data de início de vigência desta cobertura, observados os riscos excluídos, o período de carência e demais termos das condições gerais e especiais.

Idade mínima para contratação:	**14 (quatorze) anos**
Idade máxima para contratação:	**75 (setenta e cinco) anos**
Idade máxima de encerramento da cobertura:	**80 (oitenta) anos**

A idade máxima de contratação pode variar conforme opções de período de pagamento da cobertura principal.

Leia atentamente os itens **O que o seguro cobre** e **O que o seguro não cobre (riscos excluídos)** destas condições especiais.

Doenças graves e procedimentos médicos cobertos:

As doenças graves e os procedimentos médicos cobertos estão agrupados em módulos. Esses módulos são divididos com base em critérios de análise de risco, subscrição, aceitação e indenização, conforme a seguir:

Módulo I

- Câncer; anemia aplástica; e transplante de medula óssea.

Módulo II

- Cirurgia coronariana com enxerto vascular (*Bypass*); infarto agudo do miocárdio; insuficiência renal terminal; acidente vascular encefálico; transplante de coração; transplante de rim; cirurgia das valvas cardíacas; cirurgia da aorta; e lúpus eritematoso sistêmico.

Módulo III

- Hepatite viral fulminante; pancreatite crônica; doença hepática grave; doença pulmonar crônica; transplante de fígado; transplante de pulmão; transplante de intestino delgado; transplante de pâncreas; transplante de tecido composto; cirrose hepática; síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS); e queimaduras de terceiro grau.

Módulo IV

- Esclerose múltipla; doença de Alzheimer; esclerose lateral amiotrófica (ELA); paralisia de membros; tumor cerebral benigno; cegueira; surdez; perda da fala; coma decorrente de traumatismo crânio encefálico; e doença de Parkinson idiopática.

A aplicação e a análise de risco para os quatro módulos são obrigatórias. Pode haver aceitação pela seguradora para três ou quatro módulos.

A emissão desta cobertura adicional com quatro módulos possibilita o pagamento de até dois benefícios de módulos diferentes, desde que sejam decorrentes de eventos distintos e que não haja relação entre eles.

Nos casos de cobertura adicional com três módulos, será possível o pagamento de um benefício de um dos módulos contratados.

Para ambos os casos, devem se tratar de evento coberto e respeitar carências e exclusões previstas.

Módulo I

I. Câncer

Neoplasia maligna caracterizada 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.

Por esta definição estão cobertas todas as neoplasias malignas metastáticas (metástases a distância).

Exclusões específicas:

Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama e neoplasia intraepitelial cervical: NIC-1, NIC-2 e NIC-3).

Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 (sete) ou estadiamento menos avançado que T2, N0, M0.

Leucemia linfocítica (ou linfoide) 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 1 cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0 (menos avançado que T2 e sem metástase para linfonodo ou a distância).

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) estágios 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 ou radioterapia.

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

A garantia de câncer prevê um **benefício adicional de 50% (cinquenta por cento)** do capital segurado vigente no caso de diagnóstico de câncer de mama em seguradas do sexo feminino ou de câncer de próstata em segurados do sexo masculino, desde que, na data do seu primeiro diagnóstico, a doença esteja em estágio avançado de acordo com as especificações a seguir:

Câncer de mama

Câncer de mama classificado nos estágios T2, T3 ou T4 de acordo com a classificação TNM.

Câncer de mama classificado no estágio T1 de acordo com a classificação TNM desde que haja metástase no linfonodo que apresente no mínimo, grau N1 ou metástase de distância independentemente da localização que apresente, no mínimo, grau M1.

Câncer de próstata

Câncer de próstata classificado como estágios T3 ou T4 de acordo com a classificação clínica TNM.

Câncer de próstata classificado como T1 ou T2 pela classificação clínica TNM se também apresentar metástase para linfonodo (que apresente, no mínimo, grau N1) ou metástases a distância (que apresente, no mínimo, grau M1).

II. Anemia aplástica

Diagnóstico inequívoco de anemia aplástica, confirmado por médico hematologista e evidenciado pela histologia da medula óssea, que resulte em insuficiência grave da medula óssea, com anemia, neutropenia e trombocitopenia. A doença deve ter sido tratada com transfusão de sangue e com pelo menos um dos seguintes itens:

1. Medicamentos estimulantes da medula óssea.
2. Imunossupressores.
3. Transplante de medula óssea.

III. Transplante de medula óssea

Procedimento em que a pessoa segurada participa exclusivamente como receptora de células precursoras da medula óssea originadas de doador humano (transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas).

O procedimento deve ser indicado e realizado por médico onco-hematologista com inscrição em sociedade médica especializada e com respaldo em exames de imagem e/ou outros que comprovem a necessidade do procedimento.

Exclusões específicas:

Autotransplante, transplante autólogo, transplante autogênico.

Transplante de células-tronco embrionárias que não as hematopoiéticas.

Transplantes de tecidos não especificados.

Transplantes de outros órgãos não especificados anteriormente.

Módulo II

I. Cirurgia coronariana com enxerto vascular (*Bypass*)

Realização de cirurgia cardíaca para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com implante de enxerto vascular (*Bypass*). Estão cobertos cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia).

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

Exclusões específicas:

Angioplastia coronariana ou implante de stent.

II. Infarto agudo do miocárdio

Infarto do miocárdio é a morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto do miocárdio deve ser confirmada por médico cardiologista e se basear 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 (por exemplo: 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.

Exclusões específicas:

Síndrome coronariana aguda (angina estável ou instável).

Elevação da troponina sem relação clara com cardiopatia isquêmica (por exemplo: miocardite, aneurisma apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, intoxicação medicamentosa).

Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais, ou causado por vasoespasmo coronariano, ponte miocárdica ou uso de drogas ou medicamentos.

Infarto do miocárdio que ocorra até 14 (catorze) dias após angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio.

III. Insuficiência renal terminal

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 indicado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

Exclusões específicas:

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

IV. Acidente vascular encefálico (“derrame”)

Morte de tecido encefálico devido a evento encéfalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoidea), 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 (três) meses após a data do diagnóstico.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

Exclusões específicas:

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).

Déficits relacionados à morte de tecido do nervo óptico, retina ou órgão vestibular.

V. Transplante de coração

Procedimento cirúrgico em que a pessoa segurada participa exclusivamente como receptora de um coração, originado de doador humano vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído.

A prescrição da cirurgia deverá ser feita e realizada por médico inscrito em sociedade de especialidade e comprovada por exames de imagem e/ou outros indicados para essa finalidade.

Exclusões específicas:

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.

Autotransplante.

Transplantes de outros órgãos ou tecidos não especificados anteriormente.

VI. Transplante de rim

Procedimento cirúrgico em que a pessoa segurada participa exclusivamente como receptora de um rim, originado de doador humano vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído.

A prescrição da cirurgia deverá ser feita e realizada por médico inscrito em sociedade de especialidade e comprovada por exames de imagem e/ou outros indicados para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda de um doador humano.

Transplantes com órgão de animais, não humanos.

Autotransplante.

Transplantes de outros órgãos ou tecidos não especificados anteriormente.

VII. 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 com tórax aberto e endovasculares: esternotomia total, esternotomia parcial, toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por cateter, implante transcateter de prótese valvar aórtica (TAVI).

A cirurgia deve ser prescrita e realizada por médico cirurgião cardíaco inscrito em sociedades médicas científicas especializadas e com indicação comprovada por exames cardiológicos de imagem.

Exclusões específicas:

Clipagem da valva mitral transcateter.

VIII. Cirurgia da aorta

Realização de cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecção da aorta decorrente de doença. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular, estão cobertos nessa definição.

A cirurgia deve ser prescrita e realizada por médico cirurgião vascular inscrito em sociedade médica especializada e confirmada por exames de imagem/ou outros indicados para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Cirurgia de qualquer ramo da aorta torácica ou abdominal, inclusive enxertos de *bypass* aorto-femoral e aorto-ilíaco;

Cirurgia da aorta relacionada com doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por exemplo: síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos).

Cirurgia após lesão traumática da aorta decorrente de acidente pessoal.

IX. Lúpus eritematoso sistêmico

Doença crônica inflamatória de caráter autoimune, caracterizado por diversos sinais e sintomas, cujos desenvolvimentos dependem do local acometido pelo seu processo inflamatório. Será considerada como a data do evento, o dia do início do diagnóstico.

Exclusões específicas:

Outras doenças auto-imunes;

Outros tipos de lúpus.

Módulo III

I. Hepatite viral fulminante

Diagnóstico inequívoco de hepatite viral fulminante que deve ser confirmado por médico hepatologista ou gastroenterologista e obedecer a todos os seguintes critérios:

- Curso sorológico típico de hepatite viral aguda.
- Desenvolvimento de encefalopatia hepática.
- Diminuição do tamanho do fígado.
- Aumento dos níveis de bilirrubina.
- Distúrbio de coagulação com INR (Índice Internacional Normalizado) maior que 1,5.
- Desenvolvimento de insuficiência hepática em até 7 (sete) dias após o início dos sintomas.
- Ausência de histórico conhecido de doença hepática que possa ter causado o problema anterior.

Exclusões específicas:

Todas as outras causas não virais de insuficiência hepática aguda (incluindo intoxicação por paracetamol ou aflatoxina).

Hepatite viral fulminante associada ao uso de drogas/medicamentos intravenosos.

II. Pancreatite crônica

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

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

Exclusões específicas:

Pancreatite crônica devido ao uso de álcool ou drogas ou medicamentos.

Pancreatite aguda.

III. Doença hepática grave

Diagnóstico inequívoco de doença hepática avançada, que deve ter sua gravidade evidenciada por escore mínimo de 7 pontos (classe B ou C) na classificação de Child-Pugh. A pontuação deve ser calculada com base na soma de todas as variáveis a seguir:

- Níveis de bilirrubina total.
- Níveis de albumina sérica.
- Gravidade da ascite.
- INR – Índice Internacional Normalizado (indicador de coagulação sanguínea).
- Encefalopatia hepática.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico hepatologista ou gastroenterologista inscrito em sociedade médica especializada e apoiado por exames de imagem e/ou outro recomendado para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Doença hepática grave secundária ao uso de álcool ou drogas e/ou medicamentos (incluindo hepatites B e C adquiridas pelo uso de drogas e/ou medicamentos intravenosos).

IV. Doença pulmonar crônica

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

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

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

V. Transplante de fígado

Procedimento cirúrgico em que a pessoa segurada participa exclusivamente como receptora de fígado (inclui transplante parcial).

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 prescrita e realizada por médico inscrito em sociedade de especialidade, e confirmada a necessidade por exames de imagem e/ou outros recomendados para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda de um doador humano.

Transplantes com órgão de animais, não humanos.

Autotransplantes (mãos etc.).

Transplantes de outros órgãos ou tecidos não especificados anteriormente.

VI. Transplante de pulmão

Procedimento cirúrgico em que a pessoa segurada participa exclusivamente como receptora de pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único).

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 prescrita e realizada por médico inscrito em sociedade de especialidade, e confirmada a necessidade por exames de imagem e/ou outros recomendados para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda de um doador humano.

Transplantes com órgão de animais, não humanos.

Autotransplantes (mãos etc.).

Transplantes de outros órgãos ou tecidos não especificados anteriormente.

VII. Transplante de intestino delgado

Procedimento cirúrgico em que a pessoa segurada participa exclusivamente como receptora de intestino delgado (inclui transplante parcial).

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 prescrita e realizada por médico inscrito em sociedade de especialidade, e confirmada a necessidade por exames de imagem e/ou outros recomendados para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda de um doador humano.

Transplantes com órgão de animais, não humanos.

Autotransplantes (mãos etc.).

Transplantes de outros órgãos ou tecidos não especificados anteriormente.

VIII. Transplante de pâncreas

Procedimento cirúrgico em que a pessoa segurada participa exclusivamente como receptora de pâncreas.

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 prescrita e realizada por médico inscrito em sociedade de especialidade, e confirmada a necessidade por exames de imagem e/ou outros recomendados para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda de um doador humano.

Transplantes com órgão de animais, não humanos.

Autotransplantes (mãos etc.).

Transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.

Transplantes de outros órgãos ou tecidos não especificados anteriormente.

IX. Transplante de tecido composto

Procedimento cirúrgico em que a pessoa segurada participa exclusivamente como receptora de transplantes parciais ou totais de face, mão, braço e perna (aloenxertos de tecido composto).

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 prescrita e realizada por médico inscrito em sociedade de especialidade, e confirmada a necessidade por exames de imagem e/ou outros recomendados para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda de um doador humano.

Transplantes com órgão de animais, não humanos.

Autotransplantes (mãos etc.).

Transplantes de córnea, pele, partes corporais ou outros tecidos não especificados anteriormente.

X. Cirrose hepática

Ocorre quando o fígado entra em insuficiência grave após ser substituído por tecido cicatricial secundário a processos inflamatórios recorrentes no órgão. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

Exclusões específicas:

Esteatose hepática ou fígado gorduroso.

XI. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS)

Doença infectocontagiosa causada pelo Vírus da Imunideficiência Humana (também chamado de HIV). Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

Exclusões específicas:

Portadores do HIV que não desenvolveram a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Portadores do HIV positivo sem doenças oportunistas relacionadas .

XII. Queimaduras de terceiro grau

Queimadura de terceiro grau (destruição da pele em profundidade que atinge o tecido subjacente) que comprometa pelo menos 20% (vinte por cento) da superfície corporal, calculada pela Regra dos Nove ou pela tabela de Lund-Browder, decorrente de acidente pessoal coberto.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico cirurgião plástico ou especialista inscrito em sociedade de especialidade e evidenciado por exame de imagem e/ou outro específico para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Quaisquer queimaduras de primeiro ou segundo graus.

Módulo IV

I. Esclerose múltipla

Diagnóstico inequívoco de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por médico neurologista inscrito em sociedade de especialidade médica 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 (seis) meses.
- Ressonância magnética (RM) que mostre pelo menos duas lesões desmielinizantes no encéfalo ou na medula espinhal, características da esclerose múltipla.

Exclusões específicas:

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

Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas.

Casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência de 12 (doze) meses, contados a partir do início de vigência da cobertura, conforme descrito no item Carência destas condições especiais.

II. 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.
- Declínio gradual e progressivo da função cognitiva.
- Ausência de distúrbio da consciência.
- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por exemplo: tomografia).

A doença deve ter sido diagnosticada e exigir supervisão diária e constante de terceiros – parentes ou profissionais – **durante as 24 horas do dia**.

O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão diária e constante devem ser confirmados por médico neurologista inscrito em sociedade de especialidade e confirmado por exames de imagem e/ou outro específico para essa finalidade.

Exclusões específicas:

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

III. Esclerose lateral amiotrófica (ELA)

Diagnóstico definitivo e inequívoco, confirmado por médico neurologista inscrito em sociedade de especialidade e apoiado por estudos de condução nervosa (NCS) e eletromiografia (EMG) de esclerose lateral amiotrófica (ELA ou doença de Lou Gehrig).

Exclusões específicas:

Qualquer outra forma de doença do neurônio motor.

Neuropatia motora multifocal (NMM) e miosite por corpúsculos de inclusão.

Síndrome pós-pólio (SPP).

Atrofia muscular espinhal (AME).

Polimiosite e dermatomiosite.

Casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência de 12 (doze) meses, contados a partir do início de vigência da cobertura, conforme descrito no item Carência.

IV. Paralisia de membros

Perda total, completa e irreversível da função motora de dois ou mais membros, decorrente de trauma (acidente pessoal coberto) ou doença que afete a medula espinhal ou o encéfalo.

Por perda total, entende-se força muscular grau zero (ausência de contração muscular), grau um (contração muscular visível ou palpável, porém incapaz de movimentar o segmento) ou grau dois (força suficiente para movimentar o segmento, mas que não consegue vencer a gravidade), conforme classificação de força muscular do MRC – Medical Research Council.

Por completa, entende-se que a paralisia motora deve afetar todo o membro (superior ou inferior), e não apenas parte dele: por exemplo, situações em que haja comprometimento apenas do pé ou da mão, ou do antebraço ou do ombro etc.

Por irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante da paralisia motora com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 90 (noventa) dias após a data do diagnóstico.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista inscrito em sociedade de especialidade e comprovado por exames de imagem e/ou outros necessários para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Paralisias provocadas por síndrome de Guillain-Barré.

Paralisias hereditárias ou congênitas.

Paralisias provocadas por distúrbios psiquiátricos ou psicológicos.

V. Tumor cerebral benigno

Diagnóstico inequívoco de neoplasia cerebral benigna (não maligna), localizada dentro da caixa craniana (neurocrânio) e originada em tecido do cérebro, das meninges ou dos nervos cranianos.

A neoplasia deve ter sido tratada com pelo menos um dos seguintes procedimentos:

- Ressecção cirúrgica (total ou parcial).
- Radiocirurgia estereotáxica.
- Radioterapia.

Caso nenhuma das opções de tratamento citadas tenha sido possível por razões médicas, esta garantia só será caracterizada se a neoplasia cerebral benigna causar déficit neurológico permanente, que deve ser documentado por pelo menos 3 (três) meses após a data do diagnóstico.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista ou neurocirurgião inscrito em sociedade de especialidade médica e embasado por exames de imagem e/ou outros aplicáveis a essa finalidade.

Exclusões específicas:

Diagnóstico ou tratamento de qualquer cisto, granuloma, hamartoma ou malformação vascular (arterial ou venosa).

Neoplasias da glândula hipófise.

VI. Cegueira

Perda irreversível, total ou quase total da visão de ambos os olhos causada por trauma (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 confirmado por oftalmologista inscrito em sociedade de especialidade médica e por exames específicos para essa finalidade.

VII. Surdez

Diagnóstico inequívoco de perda irreversível, total ou profunda da audição de ambas as orelhas, causada por doença ou decorrente de acidente pessoal coberto. O diagnóstico deve ser confirmado por médico otorrinolaringologista inscrito em sociedade de especialidade médica e evidenciado por audiograma tonal, obedecendo ao seguinte critério:

- Limiar auditivo médio maior que 90dB nas frequências de 500Hz, 1000Hz e 2000Hz no melhor ouvido.

VIII. Perda da fala

Perda total e irreversível da capacidade de falar causada por acidente ou doença que afete diretamente a laringe ou os seus nervos, comprometendo a função das pregas vocais.

Por 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 irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 180 (cento e oitenta) dias após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (otorrinolaringologista ou cirurgião de cabeça e pescoço) e embasado por exames especializados. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

Exclusões específicas:

Mudança de tom, na produção e na qualidade da voz (disfonia, rouquidão);

Perdas temporárias da voz decorrente de acidente ou doença.

IX. Coma decorrente de traumatismo cranioencefálico

Diagnóstico inequívoco de coma, exclusivamente decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto, caracterizado por estado de inconsciência em que não há resposta a estímulos externos ou internos e que:

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

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico neurologista inscrito em sociedade de especialidade médica e comprovado por exames de imagem e/ou outros para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Coma induzido.

Qualquer coma decorrente de ferimentos autoinfligidos, uso de álcool, drogas ou medicamentos.

Qualquer coma não decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto.

X. Doença de Parkinson idiopática

Diagnóstico inequívoco de doença de Parkinson idiopática primária que deve ser confirmado por médico neurologista inscrito em sociedade de especialidade, comprovado por todas as seguintes manifestações clínicas:

- Rigidez muscular.
- Tremor.
- Bradicinesia (lentidão anormal dos movimentos; morosidade das respostas físicas e mentais).

A doença deve resultar em limitação física permanente que demande auxílio de terceiros por um período contínuo de no mínimo 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias. O diagnóstico da doença e a limitação física com necessidade de auxílio de terceiros devem ser confirmados por médico neurologista inscrito em sociedade de especialidade médica e por exames de imagem e/ou outros específicos para essa finalidade.

A implantação de neuroestimulador para controle dos sintomas por estímulos cerebrais profundos é coberta desde que seja considerada medicamente necessária pelo médico neurologista ou neurocirurgião.

Exclusões específicas:

Parkinsonismo secundário (incluindo parkinsonismo induzido por droga, medicamento ou toxina).

Tremor essencial.

Parkinsonismo relacionado a outros distúrbios neurodegenerativos.

3 VIGÊNCIA (VALIDADE DA COBERTURA)

A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos e corresponderá ao mesmo período de pagamento das parcelas desta cobertura.

A vigência de cada cobertura adicional poderá não coincidir com a vigência da cobertura principal, mas não poderá ultrapassá-la.

Mesmo que os pagamentos da cobertura principal estejam quitados, a pessoa segurada poderá manter essa cobertura adicional, por meio do pagamento correspondente.

A cobertura terá seu início e término de vigência na data indicada na apólice.

4 O QUE O SEGURO NÃO COBRE (RISCOS EXCLUÍDOS)

Além das exclusões descritas nestas condições especiais e as previstas no item O que o seguro não cobre (riscos excluídos) das condições gerais, estão excluídos desta cobertura:

a	Diagnósticos concedidos pela própria pessoa segurada, seus dependentes, parentes ou pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com ela, ainda que eles sejam médicos profissionais habilitados;
b	Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;
c	Doenças profissionais;
d	Ocorrência de doença grave coberta ou procedimento médico coberto resultante de tentativa de suicídio da pessoa segurada, ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro ou após novo prazo de 2 (dois) anos a partir da data de reabilitação do seguro. Neste caso, a seguradora restituirá a Reserva técnica constituída em nome da pessoa segurada (artigo 798, Código Civil).

5 CARÊNCIA

A carência é de 90 (noventa) dias, a contar do início da vigência desta cobertura. Assim, o primeiro diagnóstico de doença grave coberta ou a realização de procedimento médico coberto deve ocorrer após esse período, para que a pessoa segurada tenha direito ao benefício desta cobertura.

Para a garantia esclerose múltipla e esclerose lateral amiotrófica, descrita no item O que o seguro cobre, destas condições especiais, haverá carência de 12 (doze) meses contados do início da vigência. Não serão considerados eventos cobertos os casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência.

Quando disponível a possibilidade de um segundo benefício, haverá carência de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data que caracterizou o evento coberto do primeiro benefício indenizado.

Não há carência nos casos que a doença grave ou o procedimento médico coberto sejam ocasionados por acidente pessoal ocorrido após o início da vigência desta cobertura.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado:

É o valor máximo contratado que poderá ser recebido em caso de evento coberto	Constará na apólice.

O valor do capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente estará disponível na apólice de seguro de vida, que poderá ser consultada **Área de Clientes**.

6.1 Alteração do capital segurado

A pessoa segurada pode solicitar a alteração do capital segurado desta cobertura a qualquer momento durante a vigência. O pagamento pelo seguro precisa estar em dia, nos termos das condições gerais e especiais respectivas.

Para manter esta cobertura em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de capital segurado para esta cobertura e os pagamentos estabelecidos pela seguradora.

Caso haja alteração no capital segurado ou na vigência de alguma cobertura de morte por qualquer causa da apólice, ou, ainda, a vigência de uma das coberturas adicionais que possuam cobertura de morte por qualquer causa seja encerrada, o capital segurado desta cobertura será obrigatoriamente adequado, para se manter entre os limites mínimo e máximo estabelecidos pela seguradora.

Caso a pessoa segurada solicite a redução do capital segurado, a seguradora pagará a ela a **reserva técnica** proporcional à redução, atualizada monetariamente, tendo como base a

variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada desde a redução até o efetivo pagamento na forma da lei.

A alteração do capital segurado será aplicada a toda a cobertura, independentemente dos módulos vigentes.

7 PAGAMENTO DO BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

Para determinar valor de indenização desta cobertura, a data do evento será o 30º (trigésimo) dia após o recebimento de um diagnóstico de doença grave coberta ou a realização de procedimento médico coberto.

O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados. a seguir. Devem ser observadas as regras de pagamento do benefício das condições gerais e demais disposições do seguro.

O pagamento de qualquer benefício decorrente da cobertura cancela o respectivo módulo associado.

Após o diagnóstico de doença ou procedimento cobertos, é necessário estar vivo 30 dias depois. A pessoa segurada pode solicitar o benefício a qualquer tempo. **No entanto, é necessária sua sobrevivência 30 dias após o diagnóstico ou procedimento cobertos, com a persistência das limitações ou manutenção da terapia, previstos para algumas das doenças graves cobertas.**

Para apólices com 4 (quatro) módulos contratados, quando houver o pagamento do benefício de um dos módulos, o valor das cobranças desta cobertura será mantido até o fim da sua vigência.

A contratação de 4 (quatro) módulos possibilita o pagamento de até 2 (dois) benefícios de módulos diferentes, desde que sejam decorrentes de eventos distintos e que não haja relação entre eles.

Nos casos de cobertura adicional com 3 (três) módulos, será possível o pagamento de um benefício de 1 (um) dos módulos contratados.

Para ambos os casos, devem se tratar de evento coberto e respeitar carências e exclusões previstas.

A seguradora deve ser imediatamente comunicada sobre a ocorrência do evento coberto. Atenção aos documentos solicitados, indicados no Anexo.

O benefício será pago de forma única e integral à pessoa segurada, via crédito em conta corrente de titularidade do beneficiário no Brasil.

Se a pessoa segurada falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era seu direito, o pagamento será realizado aos herdeiros, observando-se a legislação vigente.

Esta cobertura é cumulativa com as demais contratadas, para benefícios solicitados decorrentes do mesmo evento, com exceção da cobertura adicional Doenças Ampliadas. Neste caso, a pessoa segurada poderá escolher de qual cobertura deseja receber o benefício.

8 SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO

Se os valores referentes ao seguro não forem pagos, essa cobertura será suspensa logo depois do **período de tolerância**, descrito nas condições gerais, independentemente de qualquer notificação.

Não haverá cobrança de parcelas durante o **período de suspensão**.

Caso a pessoa segurada não solicite nenhuma alteração citada nas condições gerais para reabilitação do seguro até o último dia do período de suspensão, a seguradora cancelará a apólice, com comunicação prévia. Nesse caso, a pessoa segurada receberá o valor que tenha sido acumulado como reserva técnica, atualizado desde o cancelamento até o efetivo pagamento na forma da lei e tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE.

Em caso de reabilitação do seguro, o período de carência destas condições especiais terá sua contagem reiniciada a partir da data de expedição do aceite formal da reabilitação, feito pela seguradora.

Caso haja reabilitação do seguro após o pagamento do primeiro benefício, será considerado um novo período de carência de 180 (cento e oitenta) dias a partir da data de reabilitação da apólice.

A solicitação de reabilitação deverá seguir as mesmas condições da data da suspensão, respeitando os módulos contratados.

9 FIM DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas cláusulas de Suspensão e reabilitação e Cancelamento das condições gerais, a cobertura se encerra com:

a) o cancelamento ou término da cobertura principal à qual esta cobertura adicional está vinculada, respeitado o período correspondente de pagamento;

b) o pagamento do benefício, previsto nesta cobertura;

c) a mudança da cobertura principal, à qual esta cobertura adicional está vinculada, para o status Valor saldado ou Benefício prolongado; ou,

d) A solicitação expressa da pessoa segurada para cancelar esta cobertura. O cancelamento será de toda a cobertura, independentemente dos módulos vigentes.

As definições de valor saldado e benefício prolongado constam nas condições gerais.

Se a pessoa segurada solicitar o cancelamento da cobertura adicional, a seguradora pagará a ela a Reserva técnica formada até o dia do cancelamento da cobertura, atualizada monetariamente, com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

10 DISPOSIÇÕES GERAIS

Confirmarmos as demais condições do seguro que não foram alteradas por estas condições especiais.

Documentos necessários para pedido de indenização da cobertura de Doenças Graves Modular:

a) Formulário de acionamento do benefício específico para esta cobertura adicional, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pela pessoa segurada ou seu representante legal;

b) Documento assinado pelo médico assistente da pessoa segurada, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;

c) Declaração de sobrevivência da pessoa segurada;

d) Cópias dos exames comprobatórios, conforme item **O que o seguro cobre**, destas condições especiais;

e) Documento de Identidade e CPF da pessoa segurada;

f) Certidão de nascimento da pessoa segurada, quando menor de 18 (dezoito) anos;

g) Comprovante de residência da pessoa segurada, não podendo ser anterior a 3 (três) meses.

COBERTURA ADICIONAL

Doenças Graves Modular Cônjuge

Condições Especiais

Prudential | itaú

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Clique nos tópicos para consultar um item

1. Definições

2. O que o seguro cobre

3. Vigência (validade da cobertura)

4. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

5. Carência

6. Capital segurado

7. Acionamento do seguro

8. Pagamento do benefício (indenização)

9. Fim da cobertura

10. Disposições gerais

11. Anexo

Estas condições especiais se referem a uma cobertura adicional que pode ser contratada para integrar o seguro, aumentando a proteção.

Em caso de divergências, as regras destas condições especiais prevalecem sobre as regras das condições gerais.

Dúvidas? Entre em contato com nossos canais de atendimento.

1 DEFINIÇÕES

As definições utilizadas nesta cobertura adicional são as mesmas que constam do item **Explicação de termos técnicos** das condições gerais.

Além daquelas, esta condição especial também utiliza as definições a seguir:

Módulos de cobertura: organização, em grupos, das doenças graves cobertas e dos procedimentos médicos cobertos para critérios de análise de risco, subscrição, aceitação e indenização.

Doença grave coberta: doenças especificadas no item **O que o seguro cobre** destas condições especiais, respeitadas sua organização em módulos de coberturas, respectivas definições, caracterizações e exclusões.

Benefício adicional: será pago um capital segurado adicional para as seguradas mulheres nos casos do primeiro diagnóstico de câncer de mama ou segurados homens nos casos de diagnóstico de câncer de próstata.

Procedimento médico coberto: procedimentos médicos especificados no item **O que o seguro cobre** destas condições especiais, cumprindo os critérios dos módulos de coberturas, definições, caracterizações e exclusões de cada um desses procedimentos.

Evento coberto: sobrevivência da pessoa segurada 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico de uma das doenças graves cobertas ou da realização de um dos procedimentos médicos cobertos, realizados por médico especializado, descritos no item **O que o seguro cobre** destas condições especiais.

Cônjuge/companheiro: cônjuge é o parceiro legalmente vinculado por casamento, enquanto Companheiro é a pessoa com quem se mantém união estável, caracterizada conforme a lei e a jurisprudência. Para efeitos dessa cobertura, o Companheiro será equiparado a Cônjuge.

Cônjuge segurado: para fins desta cobertura, a pessoa segurada será o Cônjuge/Companheiro do titular da apólice, desde que a sociedade conjugal ou união estável esteja devidamente comprovado no período compreendido entre as datas investigação da doença e de início dos procedimentos e exames médicos e a ocorrência do evento coberto.

Convivência: relação caracterizada pela vida em comum entre duas pessoas, pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituir família, configurando união estável, independentemente de formalização por declaração registrada em cartório ou por escritura pública de união estável.

A pessoa segurada nesta cobertura é o cônjuge segurado, no momento do acionamento do benefício. O beneficiário desta cobertura é o cônjuge segurado.

O novo cônjuge segurado será considerado como cônjuge/companheiro se, na data do diagnóstico do evento coberto, o titular da apólice já estava separado judicialmente ou de fato.

Leia atentamente os itens O que o seguro cobre e O que o seguro não cobre (riscos excluídos). Por exemplo: nem todo tipo de câncer está coberto por estas condições especiais.

2 O QUE O SEGURO COBRE

Esta cobertura garante o pagamento do capital segurado contratado se o cônjuge segurado desta cobertura adicional sobreviver **30 (trinta) dias** após receber o diagnóstico de uma doença grave coberta ou de realizar um procedimento médico coberto.

A identificação do cônjuge segurado ocorrerá no momento de regulação do benefício. Para elegibilidade à indenização desta cobertura, o cônjuge segurado deverá atender aos critérios a seguir:

Será devido o benefício decorrente desta cobertura adicional se atendidos todos os critérios a seguir:

- A condição de cônjuge/companheiro deve ser comprovada e anterior à data do diagnóstico e ao início dos procedimentos e exames médicos de investigação da doença;
- Na data do evento coberto, o cônjuge segurado deve apresentar idade entre o mínimo e o máximo exigido nesta cobertura;
- A cobertura de Doenças Graves Modular do titular da apólice estiver ativa;

A data do evento será o 30º (trigésimo) dia após o recebimento de um diagnóstico de doença grave coberta ou a realização de procedimento médico coberto.

A contratação e a vigência desta cobertura adicional Doenças Graves Modular Cônjuge está condicionada à contratação e vigência da cobertura adicional de Doenças Graves Modular pelo titular da apólice.

Esta cobertura só será válida se tiver sido contratada na apólice e se os respectivos pagamentos estiverem em dia.

Além disso, para algumas doenças cobertas, é preciso demonstrar:

1) que as limitações da doença persistem por determinado tempo.

2) a manutenção de terapia empregada.

Importante:

A data de início dos procedimentos e exames médicos para investigação da doença deverá ser posterior à data de início de vigência desta cobertura, observados os riscos excluídos, o período de carência, os critérios de elegibilidade e demais termos das condições gerais e especiais. O início de vigência desta cobertura coincidirá com o início de vigência da cobertura adicional Doenças Graves Modular do titular da apólice.

A contratação e a vigência desta cobertura adicional Doenças Graves Modular Cônjuge está condicionada à contratação e vigência da cobertura adicional de Doenças Graves Modular pelo titular da apólice, sendo esta cobertura adicional um espelho da cobertura adicional Doenças Graves Modular do titular da apólice. Isto é, as garantias, condições de preço e de emissão da apólice serão estritamente as mesmas do titular da apólice.

A invalidez permanente e total por acidente só será devida se o titular da apólice contratar a apólice com cobertura principal de invalidez permanente e total por acidente.

Idade mínima para contratação:	**16 (dezesseis) anos**
Idade máxima para contratação:	**75 (setenta e cinco) anos**
Idade máxima de encerramento da cobertura:	**80 (oitenta) anos**

Leia atentamente os itens **O que o seguro cobre** e **O que o seguro não cobre (riscos excluídos)** destas condições especiais.

Doenças graves e procedimentos médicos cobertos:

As doenças graves e os procedimentos médicos cobertos estão agrupados em módulos. Esses módulos são divididos com base em critérios de análise de risco, subscrição, aceitação e indenização, conforme a seguir:

Módulo I

- Câncer; anemia aplástica; e transplante de medula óssea.

Módulo II

- Cirurgia coronariana com enxerto vascular (*Bypass*); infarto agudo do miocárdio; insuficiência renal terminal; acidente vascular encefálico; transplante de coração; transplante de rim; cirurgia das valvas cardíacas; cirurgia da aorta; e lúpus eritematoso sistêmico.

Módulo III

- Hepatite viral fulminante; pancreatite crônica; doença hepática grave; doença pulmonar crônica; transplante de fígado; transplante de pulmão; transplante de intestino delgado; transplante de pâncreas; transplante de tecido composto; cirrose hepática; síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS); e queimaduras de terceiro grau.

Módulo IV

- Esclerose múltipla; doença de Alzheimer; esclerose lateral amiotrófica (ELA); paralisia de membros; tumor cerebral benigno; cegueira; surdez; perda da fala; coma decorrente de traumatismo crânio encefálico; e doença de Parkinson idiopática.

Módulo I

I. Câncer

Neoplasia maligna caracterizada 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.

Por esta definição estão cobertas todas as neoplasias malignas metastáticas (metástases a distância).

Exclusões específicas:

Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama e neoplasia intraepitelial cervical: NIC-1, NIC-2 e NIC-3).

Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 (sete) ou estadiamento menos avançado que T2, N0, M0.

Leucemia linfocítica (ou linfoide) 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 1 cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0 (menos avançado que T2 e sem metástase para linfonodo ou a distância).

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) estágios 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 ou radioterapia.

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

A garantia de câncer prevê um **benefício adicional de 50% (cinquenta por cento)** do capital segurado vigente no caso de diagnóstico de câncer de mama em seguradas do sexo feminino ou de câncer de próstata em segurados do sexo masculino, desde que, na data do seu primeiro diagnóstico, a doença esteja em estágio avançado de acordo com as especificações a seguir:

Câncer de mama

Câncer de mama classificado nos estágios T2, T3 ou T4 de acordo com a classificação TNM.

Câncer de mama classificado no estágio T1 de acordo com a classificação TNM desde que haja metástase no linfonodo que apresente no mínimo, grau N1 ou metástase de distância independentemente da localização que apresente, no mínimo, grau M1.

Câncer de próstata

Câncer de próstata classificado como estágios T3 ou T4 de acordo com a classificação clínica TNM.

Câncer de próstata classificado como T1 ou T2 pela classificação clínica TNM se também apresentar metástase para linfonodo (que apresente, no mínimo, grau N1) ou metástases a distância (que apresente, no mínimo, grau M1).

II. Anemia aplástica

Diagnóstico inequívoco de anemia aplástica, confirmado por médico hematologista e evidenciado pela histologia da medula óssea, que resulte em insuficiência grave da medula óssea, com anemia, neutropenia e trombocitopenia. A doença deve ter sido tratada com transfusão de sangue e com pelo menos um dos seguintes itens:

1. Medicamentos estimulantes da medula óssea.
2. Imunossupressores.
3. Transplante de medula óssea.

III. Transplante de medula óssea

Procedimento em que o cônjuge segurado participa exclusivamente como receptor de células precursoras da medula óssea originadas de doador humano (transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas).

O procedimento deve ser indicado e realizado por médico onco-hematologista com inscrição em sociedade médica especializada e com respaldo em exames de imagem e/ou outros que comprovem a necessidade do procedimento.

Exclusões específicas:

Autotransplante, transplante autólogo, transplante autogênico.

Transplante de células-tronco embrionárias que não as hematopoiéticas.

Transplantes de tecidos não especificados.

Transplantes de outros órgãos não especificados anteriormente.

Módulo II

I. Cirurgia coronariana com enxerto vascular (*Bypass*)

Realização de cirurgia cardíaca para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com implante de enxerto vascular (*Bypass*). Estão cobertos cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia).

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

Exclusões específicas:

Angioplastia coronariana ou implante de stent.

II. Infarto agudo do miocárdio

Infarto do miocárdio é a morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto do miocárdio deve ser confirmada por médico cardiologista e se basear 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 (por exemplo: 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.

Exclusões específicas:

Síndrome coronariana aguda (angina estável ou instável).

Elevação da troponina sem relação clara com cardiopatia isquêmica (por exemplo: miocardite, aneurisma apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, intoxicação medicamentosa).

Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais, ou causado por vasoespasmo coronariano, ponte miocárdica ou uso de drogas ou medicamentos.

Infarto do miocárdio que ocorra até 14 (catorze) dias após angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio.

III. Insuficiência renal terminal

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 indicado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

Exclusões específicas:

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

IV. Acidente vascular encefálico (“derrame”)

Morte de tecido encefálico devido a evento encéfalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoidea), 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 (três) meses após a data do diagnóstico.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

Exclusões específicas:

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).

Déficits relacionados à morte de tecido do nervo óptico, retina ou órgão vestibular.

V. Transplante de coração

Procedimento cirúrgico em que o cônjuge segurado participa exclusivamente como receptor de um coração, originado de doador humano vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído.

A prescrição da cirurgia deverá ser feita e realizada por médico inscrito em sociedade de especialidade e comprovada por exames de imagem e/ou outros indicados para essa finalidade.

Exclusões específicas:

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.

Autotransplante.

Transplantes de outros órgãos ou tecidos não especificados anteriormente.

VI. Transplante de rim

Procedimento cirúrgico em que o cônjuge segurado participa exclusivamente como receptor de um rim, originado de doador humano vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído.

A prescrição da cirurgia deverá ser feita e realizada por médico inscrito em sociedade de especialidade e comprovada por exames de imagem e/ou outros indicados para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda de um doador humano.

Transplantes com órgão de animais, não humanos.

Autotransplante.

Transplantes de outros órgãos ou tecidos não especificados anteriormente.

VII. 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 com tórax aberto e endovasculares: esternotomia total, esternotomia parcial, toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por cateter, implante transcateter de prótese valvar aórtica (TAVI).

A cirurgia deve ser prescrita e realizada por médico cirurgião cardíaco inscrito em sociedades médicas científicas especializadas e com indicação comprovada por exames cardiológicos de imagem.

Exclusões específicas:

Clipagem da valva mitral transcateter.

VIII. Cirurgia da aorta

Realização de cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecção da aorta decorrente de doença. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular, estão cobertos nessa definição.

A cirurgia deve ser prescrita e realizada por médico cirurgião vascular inscrito em sociedade médica especializada e confirmada por exames de imagem/ou outros indicados para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Cirurgia de qualquer ramo da aorta torácica ou abdominal, inclusive enxertos de *bypass* aorto-femoral e aorto-ilíaco;

Cirurgia da aorta relacionada com doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por exemplo: síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos).

Cirurgia após lesão traumática da aorta decorrente de acidente pessoal.

IX. Lúpus eritematoso sistêmico

Doença crônica inflamatória de caráter autoimune, caracterizado por diversos sinais e sintomas, cujos desenvolvimentos dependem do local acometido pelo seu processo inflamatório. Será considerada como a data do evento, o dia do início do diagnóstico.

Exclusões específicas:

Outras doenças auto-imunes;

Outros tipos de lúpus.

Módulo III

I. Hepatite viral fulminante

Diagnóstico inequívoco de hepatite viral fulminante que deve ser confirmado por médico hepatologista ou gastroenterologista e obedecer a todos os seguintes critérios:

- Curso sorológico típico de hepatite viral aguda.
- Desenvolvimento de encefalopatia hepática.
- Diminuição do tamanho do fígado.
- Aumento dos níveis de bilirrubina.
- Distúrbio de coagulação com INR (Índice Internacional Normalizado) maior que 1,5.

- Desenvolvimento de insuficiência hepática em até 7 (sete) dias após o início dos sintomas.
- Ausência de histórico conhecido de doença hepática que possa ter causado o problema anterior.

Exclusões específicas:

Todas as outras causas não virais de insuficiência hepática aguda (incluindo intoxicação por paracetamol ou aflatoxina).

Hepatite viral fulminante associada ao uso de drogas/medicamentos intravenosos.

II. Pancreatite crônica

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

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

Exclusões específicas:

Pancreatite crônica devido ao uso de álcool ou drogas ou medicamentos.

Pancreatite aguda.

III. Doença hepática grave

Diagnóstico inequívoco de doença hepática avançada, que deve ter sua gravidade evidenciada por escore mínimo de 7 pontos (classe B ou C) na classificação de Child-Pugh. A pontuação deve ser calculada com base na soma de todas as variáveis a seguir:

- Níveis de bilirrubina total.
- Níveis de albumina sérica.
- Gravidade da ascite.
- INR – Índice Internacional Normalizado (indicador de coagulação sanguínea).
- Encefalopatia hepática.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico hepatologista ou gastroenterologista inscrito em sociedade médica especializada e apoiado por exames de imagem e/ou outro recomendado para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Doença hepática grave secundária ao uso de álcool ou drogas e/ou medicamentos (incluindo hepatites B e C adquiridas pelo uso de drogas e/ou medicamentos intravenosos).

IV. Doença pulmonar crônica

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

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

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

V. Transplante de fígado

Procedimento cirúrgico em que o cônjuge segurado participa exclusivamente como receptor de fígado (inclui transplante parcial).

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 prescrita e realizada por médico inscrito em sociedade de especialidade, e confirmada a necessidade por exames de imagem e/ou outros recomendados para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda de um doador humano.

Transplantes com órgão de animais, não humanos.

Autotransplantes (mãos etc.).

Transplantes de outros órgãos ou tecidos não especificados anteriormente.

VI. Transplante de pulmão

Procedimento cirúrgico em que cônjuge segurado participa exclusivamente como receptor de pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único).

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 prescrita e realizada por médico inscrito em sociedade de especialidade, e confirmada a necessidade por exames de imagem e/ou outros recomendados para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda de um doador humano.

Transplantes com órgão de animais, não humanos.

Autotransplantes (mãos etc.).

Transplantes de outros órgãos ou tecidos não especificados anteriormente.

VII. Transplante de intestino delgado

Procedimento cirúrgico em que cônjuge segurado participa exclusivamente como receptor de intestino delgado (inclui transplante parcial).

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 prescrita e realizada por médico inscrito em sociedade de especialidade, e confirmada a necessidade por exames de imagem e/ou outros recomendados para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda de um doador humano.

Transplantes com órgão de animais, não humanos.

Autotransplantes (mãos etc.).

Transplantes de outros órgãos ou tecidos não especificados anteriormente.

VIII. Transplante de pâncreas

Procedimento cirúrgico em que o cônjuge segurado participa exclusivamente como receptor de pâncreas.

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 prescrita e realizada por médico inscrito em sociedade de especialidade, e confirmada a necessidade por exames de imagem e/ou outros recomendados para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda de um doador humano.

Transplantes com órgão de animais, não humanos.

Autotransplantes (mãos etc.).

Transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.

Transplantes de outros órgãos ou tecidos não especificados anteriormente.

IX. Transplante de tecido composto

Procedimento cirúrgico em que o cônjuge segurado participa exclusivamente como receptor de transplantes parciais ou totais de face, mão, braço e perna (aloenxertos de tecido composto).

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 prescrita e realizada por médico inscrito em sociedade de especialidade, e confirmada a necessidade por exames de imagem e/ou outros recomendados para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda de um doador humano.

Transplantes com órgão de animais, não humanos.

Autotransplantes (mãos etc.).

Transplantes de córnea, pele, partes corporais ou outros tecidos não especificados anteriormente.

X. Cirrose hepática

Ocorre quando o fígado entra em insuficiência grave após ser substituído por tecido cicatricial secundário a processos inflamatórios recorrentes no órgão. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

Exclusões específicas:

Esteatose hepática ou fígado gorduroso.

XI. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS)

Doença infectocontagiosa causada pelo Vírus da Imunideficiência Humana (também chamado de HIV). Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

Exclusões específicas:

Portadores do HIV que não desenvolveram a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Portadores do HIV positivo sem doenças oportunistas relacionadas .

XII. Queimaduras de terceiro grau

Queimadura de terceiro grau (destruição da pele em profundidade que atinge o tecido subjacente) que comprometa pelo menos 20% (vinte por cento) da superfície corporal, calculada pela Regra dos Nove ou pela tabela de Lund-Browder, decorrente de acidente pessoal coberto.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico cirurgião plástico ou especialista inscrito em sociedade de especialidade e evidenciado por exame de imagem e/ou outro específico para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Quaisquer queimaduras de primeiro ou segundo graus.

Módulo IV

I. Esclerose múltipla

Diagnóstico inequívoco de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por médico neurologista inscrito em sociedade de especialidade médica 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 (seis) meses.
- Ressonância magnética (RM) que mostre pelo menos duas lesões desmielinizantes no encéfalo ou na medula espinhal, características da esclerose múltipla.

Exclusões específicas:

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

Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas.

Casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência de 12 (doze) meses, contados a partir do início de vigência da cobertura, conforme descrito no item Carência destas condições especiais.

II. 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.
- Declínio gradual e progressivo da função cognitiva.
- Ausência de distúrbio da consciência.
- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por exemplo: tomografia).

A doença deve ter sido diagnosticada e exigir supervisão diária e constante de terceiros – parentes ou profissionais – **durante as 24 horas do dia**.

O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão diária e constante devem ser confirmados por médico neurologista inscrito em sociedade de especialidade e confirmado por exames de imagem e/ou outro específico para essa finalidade.

Exclusões específicas:

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

III. Esclerose lateral amiotrófica (ELA)

Diagnóstico definitivo e inequívoco, confirmado por médico neurologista inscrito em sociedade de especialidade e apoiado por estudos de condução nervosa (NCS) e eletromiografia (EMG) de esclerose lateral amiotrófica (ELA ou doença de Lou Gehrig).

Exclusões específicas:

Qualquer outra forma de doença do neurônio motor.

Neuropatia motora multifocal (NMM) e miosite por corpúsculos de inclusão.

Síndrome pós-pólio (SPP).

Atrofia muscular espinhal (AME).

Polimiosite e dermatomiosite.

Casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência de 12 (doze) meses, contados a partir do início de vigência da cobertura, conforme descrito no item Carência.

IV. Paralisia de membros

Perda total, completa e irreversível da função motora de dois ou mais membros, decorrente de trauma (acidente pessoal coberto) ou doença que afete a medula espinhal ou o encéfalo.

Por perda total, entende-se força muscular grau zero (ausência de contração muscular), grau um (contração muscular visível ou palpável, porém incapaz de movimentar o segmento) ou grau dois (força suficiente para movimentar o segmento, mas que não consegue vencer a gravidade), conforme classificação de força muscular do MRC – Medical Research Council.

Por completa, entende-se que a paralisia motora deve afetar todo o membro (superior ou inferior), e não apenas parte dele: por exemplo, situações em que haja comprometimento apenas do pé ou da mão, ou do antebraço ou do ombro etc.

Por irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante da paralisia motora com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 90 (noventa) dias após a data do diagnóstico.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista inscrito em sociedade de especialidade e comprovado por exames de imagem e/ou outros necessários para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Paralisias provocadas por síndrome de Guillain-Barré.

Paralisias hereditárias ou congênitas.

Paralisias provocadas por distúrbios psiquiátricos ou psicológicos.

V. Tumor cerebral benigno

Diagnóstico inequívoco de neoplasia cerebral benigna (não maligna), localizada dentro da caixa craniana (neurocrânio) e originada em tecido do cérebro, das meninges ou dos nervos cranianos.

A neoplasia deve ter sido tratada com pelo menos um dos seguintes procedimentos:

- Ressecção cirúrgica (total ou parcial).
- Radiocirurgia estereotáxica.
- Radioterapia.

Caso nenhuma das opções de tratamento citadas tenha sido possível por razões médicas, esta garantia só será caracterizada se a neoplasia cerebral benigna causar déficit neurológico permanente, que deve ser documentado por pelo menos 3 (três) meses após a data do diagnóstico.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista ou neurocirurgião inscrito em sociedade de especialidade médica e embasado por exames de imagem e/ou outros aplicáveis a essa finalidade.

Exclusões específicas:

Diagnóstico ou tratamento de qualquer cisto, granuloma, hamartoma ou malformação vascular (arterial ou venosa).

Neoplasias da glândula hipófise.

VI. Cegueira

Perda irreversível, total ou quase total da visão de ambos os olhos causada por trauma (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 confirmado por oftalmologista inscrito em sociedade de especialidade médica e por exames específicos para essa finalidade.

VII. Surdez

Diagnóstico inequívoco de perda irreversível, total ou profunda da audição de ambas as orelhas, causada por doença ou decorrente de acidente pessoal coberto. O diagnóstico deve ser confirmado por médico otorrinolaringologista inscrito em sociedade de especialidade médica e evidenciado por audiograma tonal, obedecendo ao seguinte critério:

- Limiar auditivo médio maior que 90dB nas frequências de 500Hz, 1000Hz e 2000Hz no melhor ouvido.

VIII. Perda da fala

Perda total e irreversível da capacidade de falar causada por acidente ou doença que afete diretamente a laringe ou os seus nervos, comprometendo a função das pregas vocais.

Por 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 irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 180 (cento e oitenta) dias após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (otorrinolaringologista ou cirurgião de cabeça e pescoço) e embasado por exames especializados. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

Exclusões específicas:

Mudança de tom, na produção e na qualidade da voz (disfonia, rouquidão);

Perdas temporárias da voz decorrente de acidente ou doença.

IX. Coma decorrente de traumatismo cranioencefálico

Diagnóstico inequívoco de coma, exclusivamente decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto, caracterizado por estado de inconsciência em que não há resposta a estímulos externos ou internos e que:

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

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico neurologista inscrito em sociedade de especialidade médica e comprovado por exames de imagem e/ou outros para essa finalidade.

Exclusões específicas:

Coma induzido.

Qualquer coma decorrente de ferimentos autoinfligidos, uso de álcool, drogas ou medicamentos.

Qualquer coma não decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto.

X. Doença de Parkinson idiopática

Diagnóstico inequívoco de doença de Parkinson idiopática primária que deve ser confirmado por médico neurologista inscrito em sociedade de especialidade, comprovado por todas as seguintes manifestações clínicas:

- Rigidez muscular.
- Tremor.
- Bradicinesia (lentidão anormal dos movimentos; morosidade das respostas físicas e mentais).

A doença deve resultar em limitação física permanente que demande auxílio de terceiros por um período contínuo de no mínimo 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias. O diagnóstico da doença e a limitação física com necessidade de auxílio de terceiros devem ser confirmados por médico neurologista inscrito em sociedade de especialidade médica e por exames de imagem e/ou outros específicos para essa finalidade.

A implantação de neuroestimulador para controle dos sintomas por estímulos cerebrais profundos é coberta desde que seja considerada medicamente necessária pelo médico neurologista ou neurocirurgião.

Exclusões específicas:

Parkinsonismo secundário (incluindo parkinsonismo induzido por droga, medicamento ou toxina).

Tremor essencial.

Parkinsonismo relacionado a outros distúrbios neurodegenerativos.

3 VIGÊNCIA (VALIDADE DA COBERTURA)

A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos e corresponderá ao mesmo período de pagamento das parcelas desta cobertura.

A vigência de cada cobertura adicional poderá não coincidir com a vigência da cobertura principal, mas não poderá ultrapassá-la.

Mesmo que os pagamentos da cobertura principal estejam quitados, o titular da apólice poderá manter essa cobertura adicional de Doenças Graves Modular Cônjuge, por meio do pagamento correspondente à esta e à cobertura adicional Doenças Graves Modular do titular da apólice.

A cobertura terá seu início e término de vigência na data indicada na apólice.

4 O QUE O SEGURO NÃO COBRE (RISCOS EXCLUÍDOS)

Além das exclusões descritas nestas condições especiais e as previstas no item O que o seguro não cobre (riscos excluídos) das condições gerais, estão excluídos desta cobertura:

a	**Diagnósticos concedidos pelo próprio cônjuge segurado, seus dependentes, por parentes de qualquer grau, ou por pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com ela, ainda que possuam habilitação profissional para o exercício da medicina;**
b	**Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;**
c	**Doenças profissionais;**
d	**Ocorrência de doença grave coberta ou procedimento médico coberto resultante de tentativa de suicídio do cônjuge segurado, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro ou após novo prazo de 2 (dois) anos a partir da data de reabilitação do seguro. Neste caso, a seguradora restituirá a Reserva técnica constituída em nome do cônjuge segurado (artigo 798, Código Civil).**

5 CARÊNCIA

A carência é de 90 (noventa) dias, a contar do início da vigência desta cobertura adicional Doenças Graves Modular Cônjuge. Assim, o primeiro diagnóstico de doença grave coberta ou a realização de procedimento médico coberto deve ocorrer após esse período, para que o cônjuge segurado tenha direito ao benefício desta cobertura.

Para a garantia esclerose múltipla e esclerose lateral amiotrófica, descrita no item O que o seguro cobre, destas condições especiais, haverá carência de 12 (doze) meses contados do início da vigência. Não serão considerados eventos cobertos os casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência.

Quando disponível a possibilidade de um segundo benefício, haverá carência de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data que caracterizou o evento coberto do primeiro benefício indenizado.

Não há carência nos casos que a doença grave ou o procedimento médico coberto sejam ocasionados por acidente pessoal ocorrido após o início da vigência desta cobertura.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado:

É o valor máximo contratado que poderá ser recebido em caso de evento coberto	Constará na apólice.

O valor do capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente estará disponível na apólice de seguro de vida, que poderá ser consultada **Área de Clientes**.

O valor do capital segurado máximo desta cobertura adicional Doenças Graves Modular Cônjuge corresponde a 50% (cinquenta por cento) do capital segurado da cobertura adicional Doenças Graves Modular do titular da apólice, sendo o valor desta cobertura destinada ao cônjuge segurado limitado ao capital segurado estabelecido pela companhia.

6.1 Alteração do capital segurado

A alteração do capital segurado desta cobertura adicional Doenças Graves Modular Cônjuge, pelo titular da apólice, está condicionada à alteração do capital segurado da cobertura adicional Doenças Graves Modular do titular da apólice. Essa alteração somente poderá ser solicitada pelo titular da apólice, por meio de formulário apropriado, a qualquer momento durante a vigência.

A alteração do capital segurado da cobertura adicional Doenças Graves Modular solicitada pelo titular da apólice impactará proporcionalmente o valor do capital segurado desta cobertura adicional Doenças Graves Modular Cônjuge, mantendo a relação de 50% (cinquenta por cento) do valor do capital segurado da cobertura do titular da apólice.

Para manter esta cobertura em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de capital segurado para esta cobertura e os pagamentos em dia referentes à esta cobertura adicional Doenças Graves Modular Cônjuge e à cobertura adicional Doenças Graves Modular do titular da apólice, estabelecidos pela seguradora.

O capital segurado desta cobertura será obrigatoriamente revisto para se manter entre os limites mínimo e máximo da seguradora nos seguintes casos:

a) se o capital segurado de morte qualquer causa do titular da apólice for alterado, ou

b) se o capital segurado da cobertura adicional de Doenças Graves Modular do titular da apólice for alterado, ou

c) se a vigência de uma das coberturas adicionais com cobertura de morte qualquer causa for encerrada.

Caso o titular da apólice solicite a redução do capital segurado desta cobertura adicional Doenças Graves Modular Cônjuge, a seguradora pagará ao titular da apólice a **Reserva Técnica** proporcional à redução, atualizada monetariamente, tendo como base a variação

positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada desde a redução até o efetivo pagamento na forma da lei ao titular da apólice, por meio de crédito em conta de sua própria titularidade constituída no Brasil.

A alteração do capital segurado será aplicada a toda a cobertura, independentemente dos módulos vigentes.

7 ACIONAMENTO DO SEGURO

A seguradora deve ser imediatamente comunicada sobre o evento coberto. Atenção aos documentos que podem ser solicitados no **Anexo**.

8 PAGAMENTO DO BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

O pagamento do benefício desta cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, observadas as condições gerais, especiais e demais disposições do seguro.

Para determinar valor de indenização desta cobertura adicional Doenças Graves Modular Cônjuge, a data do evento será o 30º (trigésimo) dia após o recebimento de um diagnóstico de doença grave coberta ou a realização de procedimento médico coberto.

O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados. Devem ser observadas as regras de pagamento do benefício das condições gerais e demais disposições do seguro.

O pagamento de qualquer benefício decorrente da cobertura cancela o respectivo módulo associado.

Após o diagnóstico de doença ou procedimento cobertos, é necessário estar vivo 30 (trinta) dias depois. O cônjuge segurado pode solicitar o benefício a qualquer tempo.

No entanto, é necessária sua sobrevivência 30 (trinta) dias após o diagnóstico ou procedimento cobertos, com a persistência das limitações ou manutenção da terapia, previstos para algumas das doenças graves cobertas.

Para apólices com 4 (quatro) módulos contratados, quando houver o pagamento do benefício de um dos módulos, o valor das cobranças desta cobertura será mantido até o fim da sua vigência.

A contratação de 4 (quatro) módulos possibilita o pagamento de até 2 (dois) benefícios de módulos diferentes, desde que sejam decorrentes de eventos distintos e que não haja relação entre eles.

Nos casos de cobertura adicional com 3 (três) módulos, será possível o pagamento de um benefício de 1 (um) dos módulos contratados.

Para ambos os casos, devem se tratar de evento coberto e respeitar carências e exclusões previstas.

A identificação do cônjuge segurado será realizada no momento da regulação do benefício. Os documentos do **Anexo** podem ser necessários para análise e pagamento dos benefícios cobertos por este seguro. Se solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora.

O benefício será pago de forma única e integral ao cônjuge segurado.

No momento da regulação do benefício, caso seja identificado que a idade do cônjuge segurado excedia o limite de idade máxima previsto para esta cobertura na data do evento coberto, será possível a devolução de todos os prêmios pagos a partir da data em que o cônjuge segurado completou a idade limite de saída da cobertura. Essa devolução será realizada com atualização monetária, conforme previsto na legislação vigente, hipótese em que a cobertura será cancelada. Caso o titular opte por manter a cobertura ativa, não haverá devolução de prêmios pagos.

Se o cônjuge segurado desta cobertura adicional Doenças Graves Modular Cônjuge falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era seu direito, o pagamento será realizado aos herdeiros, observando-se a legislação vigente.

Esta cobertura é cumulativa com as demais coberturas adicionais destinadas a cônjuge/companheiro contratadas, para benefícios solicitados decorrentes de um mesmo evento.

9 FIM DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas no item **Cancelamento** das condições gerais, a cobertura se encerra:

a) **com o cancelamento ou término da cobertura principal à qual esta cobertura adicional está vinculada, respeitado o período correspondente de pagamento;**

b) **com o pagamento do benefício, previsto nesta cobertura ou pagamento do benefício previsto na cobertura Doenças Graves Modular do titular da apólice;**

c) **com a mudança da cobertura principal, à qual está cobertura adicional está vinculada, para o status Valor saldado ou Benefício prolongado;**

d) **com a solicitação expressa do titular da apólice para cancelar esta cobertura. O cancelamento será de toda a cobertura, independentemente dos módulos vigentes, para a qual não haverá devolução de quaisquer prêmios pagos. Não será possível o cancelamento parcial de parte dos módulos contratados;**

e) **com o cancelamento ou término da cobertura adicional Doenças Graves Modular do titular da apólice, à qual esta cobertura adicional está vinculada, respeitado o período correspondente de pagamento;**

f) **ao final do prazo de vigência desta cobertura informada na apólice;**

g) **quando o titular da apólice alcançar a idade de saída prevista na condição especial da cobertura Doenças Graves Modular;**

g) **quando o titular da apólice solicitar expressamente o cancelamento da cobertura, sem quaisquer devolução de prêmio.**

As definições de valor saldado e benefício prolongado constam nas condições gerais.

Caso o titular da apólice solicite o cancelamento da cobertura adicional Doenças Graves Modular Cônjuge, a seguradora pagará ao titular da apólice a **Reserva técnica** formada até o dia do cancelamento da cobertura, atualizada monetariamente, com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento ao titular da apólice, por meio de crédito em conta de sua própria titularidade constituída no Brasil.

10 DISPOSIÇÕES GERAIS

Confirmarmos as demais condições do seguro que não foram alteradas por estas condições especiais.

Todas as regras previstas nas condições gerais orientam esta cobertura adicional. As exceções são as regras específicas sobre este produto, descritas nestas condições especiais.

Documentos necessários para pedido de indenização da cobertura de Doenças Graves Modular Cônjuge:

a) Formulário de acionamento do benefício específico para esta cobertura adicional, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo cônjuge segurado ou seu representante legal;

b) Documento assinado pelo médico assistente do cônjuge segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;

c) Declaração de sobrevivência do cônjuge segurado;

d) Cópias dos exames comprobatórios, conforme item **O que o seguro cobre**, destas condições especiais;

e) Documento de Identidade e CPF do cônjuge segurado;

f) Certidão de nascimento do cônjuge segurado, quando menor de 18 (dezoito) anos;

g) Comprovante de residência do cônjuge segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;

h) Certidão de casamento, declaração de união estável registrada em cartório ou escritura pública de união estável.

A data de assinatura da declaração de união estável ou da escritura pública de união estável deverá ser anterior à data de início dos procedimentos e exames médicos relacionados à investigação da doença. Essa exigência se aplica mesmo que tenha sido declarada, no documento, data retroativa de início da convivência.

Na ausência da certidão de casamento, declaração de união estável registrada em cartório ou escritura pública de união estável, deverão ser apresentados elementos que comprovem, através de ao menos 3 (três) dos documentos listados abaixo, (i) a Convivência do casal em data anterior à data de início dos procedimentos médicos, exames e investigação da doença; e (ii) a Convivência do casal na data do evento segurado.

1. Declarações de imposto de renda, com recibo de entrega, que identifique o cônjuge segurado como dependente do titular da apólice, sendo:

   a) uma referente ao exercício anterior ao ano de início dos procedimentos médicos, exames e investigação da doença;

   b) uma referente ao último exercício disponível;

2. Comprovantes de conta bancária conjunta do cônjuge segurado e do Titular da Apólice;

3. Certidão de nascimento de filho havido em comum;

4. Comprovantes de residência (contas de luz, água, gás ou telefone fixo) em nome do cônjuge segurado e do titular da Apólice, emitidos até 3 (três) meses antes da data de aviso do sinistro;

5. Faturas de cartões de crédito que demonstrem cartão adicional em nome do cônjuge segurado em conta de titularidade do titular da apólice, emitidos até 3 (três) meses antes da data de aviso do sinistro;

6. Registro em associação de qualquer natureza, do qual conste o(a) companheiro(a) como dependente do segurado;

7. Certidão de casamento religioso;

8. Disposições testamentárias.

COBERTURA ADICIONAL

Doenças Graves Plus

Condições Especiais

Prudential | itaú

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Clique nos tópicos para consultar um item

1. Definições

2. O que o seguro cobre

3. Vigência (validade da cobertura)

4. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

5. Carência

6. Capital segurado

7. Pagamento do benefício (indenização)

8. Suspensão e reabilitação

9. Fim da cobertura

10. Disposições gerais

11. Anexo

Estas condições especiais se referem a uma cobertura adicional que pode ser contratada para integrar o seguro, aumentando a proteção.

Em caso de divergências, as regras destas condições especiais prevalecem sobre as regras das condições gerais.

Dúvidas? Entre em contato com nossos canais de atendimento.

1 DEFINIÇÕES

As definições utilizadas nesta cobertura adicional são as mesmas que constam do item **Explicação de termos técnicos** das condições gerais.

Além daquelas, esta condição especial também utiliza as definições a seguir:

Doença grave coberta: doenças especificadas no item **O que o seguro cobre** destas condições especiais, respeitadas as definições, caracterizações e exclusões de cada uma dessas doenças.

Procedimento médico coberto: procedimentos médicos especificados no item O que o seguro cobre destas condições especiais, respeitados definições, características e riscos excluídos de cada um desses procedimentos.

Evento coberto: sobrevivência da pessoa segurada 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico de uma das doenças graves cobertas ou da realização de um dos procedimentos médicos cobertos, realizados por médico especializado, descritos no item **O que o seguro cobre** destas condições especiais.

Para esta cobertura, a pessoa beneficiária é a segurada.

Leia atentamente os itens O que o seguro cobre e O que o seguro não cobre (riscos excluídos), destas condições especiais Por exemplo: nem todo tipo de câncer está coberto por estas condições especiais.

2 O QUE O SEGURO COBRE

Essa cobertura garante o pagamento do capital segurado contratado se a pessoa segurada sobreviver **30 (trinta) dias** após receber o diagnóstico de uma doença grave coberta ou após realizar um procedimento médico coberto.

A data do evento será o 30º (trigésimo) dia após o recebimento de um diagnóstico de doença grave coberta ou a realização de procedimento médico coberto.

Para ter direito, é preciso que esta cobertura esteja contratada na apólice e que sejam efetuados os pagamentos a ela relativos.

⚠ **Atenção**

O diagnóstico deverá ter sido emitido e constatado pela primeira vez após a data de início de vigência desta cobertura, observados os riscos excluídos, o período de carência e demais termos das condições gerais e especiais do seguro.

A idade mínima para contratação desta cobertura é de **14 (quatorze) anos** e a máxima é de **75 (setenta e cinco) anos**, com idade máxima de encerramento até os **80 (oitenta) anos.**

Doenças graves e procedimentos médicos cobertos:

I) Câncer

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizada pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico inscrito em sociedade de especialidade e evidenciado por exame histológico conclusivo.

O termo “câncer” também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a enfermidade de Hodgkin.

As exclusões para câncer são:

a) qualquer grau ou estágio de neoplasia intraepitelial cervical (NIC);
b) qualquer tumor ou lesão pré-maligna;
c) todos os cânceres não invasivos (in situ);
d) câncer de próstata no estágio I (T1a, 1b, 1c);
e) carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas (espinocelular) de pele;
f) melanoma maligno com índice de Clark I ou II, ou índice de espessura de Breslow menor do que 0,76 mm;
g) carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0 e;
h) qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus de imunodeficiência humana.

II) Cirurgia de revascularização miocárdica com implante de ponte(s) vascular(es) nas arteriais coronarianas (*Bypass*)

Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que estão estenosadas ou ocluídas, com o implante de ponte(s) (*Bypass*) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia, e a realização da cirurgia deve ser confirmada por um médico especialista. **As exclusões são para esta cirurgia são:**

- **angioplastias;**
- **outros procedimentos intra-arteriais e**
- **cirurgia por toracotomia mínima.**

III) Infarto agudo do miocárdio

É a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência concomitante dos seguintes critérios:

a) histórico de dores torácicas típicas;

b) alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG); e

c) elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.

As exclusões são:

a) o infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST, somente com elevação de troponina "I" ou "T",

b) outras síndromes coronarianas agudas (por exemplo, angina de peito estável ou instável) e;

c) infarto do miocárdio silencioso.

IV) Insuficiência renal terminal

Etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou realização de transplante renal.

O diagnóstico deve ser indicado por um médico inscrito em sociedade médica especializada e confirmado por exames de imagem e/ou outros específicos para essa finalidade.

V) Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Qualquer acidente vascular cerebral com sequelas neurológicas permanentes, incluindo- se o infarto do tecido cerebral, hemorragia e embolização originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por sintomas clínicos típicos e resultados de tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética do cérebro. Devem-se documentar as evidências de déficit neurológico que persistam, no mínimo, por 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.

As exclusões específicas para AVC são:

1. **Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas (p. ex.: Isquemia Cerebral Transitória – ICT);**
2. **Dano traumático do cérebro;**
3. **Infartos lacunares sem déficit neurológico e sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.**

VI) Transplantes de órgãos

Transplante de órgãos em que a pessoa segurada recebe algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, intestino delgado ou medula óssea.

As exclusões para transplantes são:

1. **colocação de coração artificial, ainda que temporariamente, com objetivo de realizar um transplante definitivo no futuro;**
2. **o transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos;**
3. **o autotransplante de medula;**
4. **o transplante de células-tronco ("células- mãe") e o transplante de células-beta do pâncreas.**
5. **o transplante de células-beta do pâncreas.**

VII) Paralisia

Perda total e irreversível do uso de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada por paralisia, apenas devido a acidente pessoal coberto ou doença envolvendo a medula espinhal. Essas condições devem ter sido medicamente documentadas por, pelo menos, 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.

A exclusão para paralisia é a paralisia provocada por síndrome de Guillain-Barré.

VIII) Cegueira ou perda da visão

Perda irreversível, total ou quase total, da visão de ambos os olhos, causada por acidente pessoal coberto ou doença. O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, feito por oftalmologista e evidenciado por exames específicos, obedecendo aos seguintes critérios relacionados a seguir:

a) acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível; ou

b) campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.

A exclusão para cegueira é a cegueira de origem central (sistema nervoso central).

IX) Cirurgia para troca de valvas cardíacas

Cirurgia cardíaca aberta para troca de uma ou mais valvas cardíacas (aórtica, mitral, tricúspide e pulmonar) por valvas artificiais, devido a estenose, insuficiência ou uma combinação destes dois problemas. A realização da cirurgia de troca de valva cardíaca deverá ser confirmada por cardiologista.

As exclusões específicas para cirurgia de troca de valvas cardíacas são:

Cirurgias cardíacas em que apenas seja reparada a valva cardíaca, ou seja, cirurgias com preservação da valva, como comissurotomia, comissuroplastia, valvoplastias.

X) Cirurgia da aorta

Realização de cirurgia para correção de uma doença da artéria aorta que requeira a remoção e substituição do segmento afetado por prótese.

Para fins de definição, são considerados os segmentos torácico e abdominal da artéria aorta, mas não suas ramificações.

A realização da cirurgia da aorta deverá ser confirmada por médico inscrito em sociedade de especialidade médica.

XI) Esclerose múltipla

O diagnóstico de certeza de esclerose múltipla deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e feito por médico neurologista.

A doença deve ser demonstrada por sintomas típicos de desmielinização e prejuízo das funções motora e sensitiva, bem como achados típicos no exame de ressonância nuclear magnética.

A pessoa segurada deve apresentar:

a) Anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses ou deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com um intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles ou

b) Um episódio, clinicamente documentado, com manifestações características no fluído cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética.

XII) Surdez ou perda da audição

Perda irreversível, total ou profunda, da audição de ambos os ouvidos, causada por acidente pessoal coberto ou doença.

O diagnóstico deve ser feito por médico otorrinolaringologista inscrito em sociedade de especialidade médica e, evidenciado por exames audiológicos específicos (audiograma, BERA – audiometria de tronco cerebral, emissão otoacústica), obedecendo ao critério de:

a) Limiares auditivos sensorioneurais maiores ou iguais a 90 dB (decibéis) em ambos os ouvidos, aferidos por audiograma, simultaneamente, nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz.

A exclusão para surdez é a surdez de origem central (sistema nervoso central).

XII) Queimaduras graves

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

O diagnóstico deverá ser confirmado por médico inscrito em sociedade de especialidade médica e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou, por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.

3 VIGÊNCIA (VALIDADE)

A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos. Nesse período, deverão ser pagas as parcelas referentes a esta cobertura.

A vigência de cada cobertura adicional poderá não coincidir com a vigência da cobertura principal, mas não poderá ultrapassá-la.

Mesmo que os pagamentos da cobertura principal estejam quitados, a pessoa segurada poderá manter essa cobertura adicional, por meio do pagamento correspondente.

A cobertura terá seu início e término de vigência na data indicada na apólice.

4 O QUE O SEGURO NÃO COBRE (RISCOS EXCLUÍDOS)

Além das exclusões descritas nestas condições especiais e no item **O que o seguro não cobre (riscos excluídos)**, nas condições gerais, estão excluídos:

a) **diagnósticos concedidos pela própria pessoa segurada, seus dependentes, parentes ou pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com ela, ainda que eles sejam médicos profissionais habilitados;**

b) **diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;**

c) **doenças profissionais;**

d) **ocorrência de doença grave coberta ou procedimento médico coberto resultante de tentativa de suicídio da pessoa segurada, ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro ou após novo prazo de 2 (dois) anos a partir da data de reabilitação do seguro. Neste caso, a seguradora restituirá a Reserva técnica constituída em nome da pessoa segurada (artigo 798, Código Civil).**

5 CARÊNCIA

A carência é de 90 (noventa) dias, a contar do início da vigência desta cobertura. Assim, o primeiro diagnóstico de doença grave coberta ou a realização de procedimento médico coberto devem ocorrer após esse período, para que a pessoa segurada tenha direito ao benefício desta cobertura.

Para a garantia Esclerose Múltipla, haverá carência de 12 (doze) meses contados do início da vigência. Serão consideradas as manifestações clínicas e laboratoriais iniciais da doença bem como o diagnóstico definitivo.

Não há carência nos casos que a doença grave coberta ou o procedimento médico coberto sejam ocasionados por acidente pessoal, ocorrido após o início da vigência desta cobertura.

6 CAPITAL SEGURADO

O valor do capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e estará disponível na apólice de seguro de vida, que poderá ser consultada na **Área de Clientes**.

6.1 Alteração do capital segurado

A pessoa segurada pode solicitar a alteração do capital segurado desta cobertura a qualquer momento durante a vigência. O pagamento pelo seguro precisa estar em dia, nos termos das condições gerais e especiais respectivas.

Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de capital segurado para esta garantia e os pagamentos estabelecidos pela seguradora.

Caso o capital segurado de morte qualquer causa da apólice seja alterado, ou ainda, a vigência de uma das coberturas opcionais que possuam cobertura de morte qualquer causa seja encerrada, o capital segurado desta cobertura deverá, obrigatoriamente, ser revisto, de modo a se manter entre os limites mínimo e máximo estabelecidos pela seguradora.

Caso a pessoa segurada solicite a redução do capital segurado, a seguradora pagará a ela a **reserva técnica** proporcional à redução, atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada desde a redução até o efetivo pagamento na forma da lei.

7 PAGAMENTO DO BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias da data de entrega de todos os documentos solicitados a seguir. Devem ser observadas as regras de pagamento do benefício das condições gerais e demais disposições do seguro.

Após o diagnóstico de doença ou procedimento cobertos, é necessário estar vivo 30 dias depois para ter direito à cobertura. A pessoa segurada pode solicitar o benefício a qualquer tempo. **No entanto, é necessária sua sobrevivência 30 dias após o diagnóstico ou procedimento cobertos para receber a indenização**.

Para determinar valor de indenização desta cobertura, a data do evento será o 30º (trigésimo) dia após o recebimento de um diagnóstico de doença grave coberta ou a realização de procedimento médico coberto.

Os documentos básicos relacionados no **Anexo** podem ser necessários para análise e liquidação dos benefícios cobertos por este seguro. Se solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora.

O benefício será pago de forma única e integral à pessoa segurada.

Se a pessoa segurada falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era seu direito, o pagamento será realizado aos herdeiros, observando-se a legislação vigente.

Esta cobertura é cumulativa com as demais contratadas, para benefícios solicitados decorrentes do mesmo evento, com exceção da cobertura adicional Doenças Ampliadas. Neste caso, a pessoa segurada poderá escolher de qual cobertura deseja receber o benefício.

8 SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO

Se os valores referentes ao seguro não forem pagos, esta cobertura será suspensa logo depois do período de tolerância, descrito nas condições gerais, independentemente de qualquer notificação.

Não haverá cobrança de parcelas durante o período de suspensão.

Caso a pessoa segurada não solicite nenhuma alteração citada nas condições gerais para reabilitação do seguro até o último dia do período de suspensão, a seguradora cancelará a apólice, com comunicação prévia. Nesse caso, a pessoa segurada receberá o valor que tenha sido acumulado como **reserva técnica**, atualizado monetariamente desde o cancelamento até o efetivo pagamento na forma da lei e tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE.

Em caso de reabilitação do seguro, o período de carência de 90 (noventa) dias destas condições especiais terá sua contagem reiniciada a partir da data de expedição do aceite formal da reabilitação, feito pela seguradora.

9 FIM DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas cláusulas de Suspensão e reabilitação e Cancelamento das condições gerais, esta cobertura se encerra:

- **o cancelamento ou término da cobertura principal à qual esta cobertura adicional está vinculada, respeitado o período correspondente de pagamento;**
- **o pagamento do benefício, previsto nesta cobertura;**
- **a mudança da cobertura principal, à qual esta cobertura adicional está vinculada, para o status Valor saldado ou Benefício prolongado ou;**
- **a solicitação expressa da pessoa segurada para cancelar esta cobertura.**

Se a pessoa segurada solicitar o cancelamento da cobertura adicional, a seguradora pagará a ela a **reserva técnica** formada até o dia do cancelamento da cobertura, atualizada monetariamente, com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

10 DISPOSIÇÕES GERAIS

Todas as regras previstas nas condições gerais orientam esta cobertura adicional. As exceções são as regras específicas sobre este produto, descritas nestas condições especiais.

Documentação para análise e pagamento dos benefícios deste seguro:

a) formulário de acionamento do benefício específico para esta cobertura adicional, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pela pessoa segurada ou representante legal;

b) documento assinado pelo médico assistente da pessoa segurada, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;

c) declaração de sobrevivência da pessoa segurada;

d) cópias dos exames comprobatórios, conforme item **O que o seguro cobre** destas condições especiais;

e) documento de identidade e CPF da pessoa segurada;

f) certidão de nascimento da pessoa segurada, quando menor de 18 (dezoito) anos;

g) comprovante de residência da pessoa segurada, não podendo ser anterior a 3 (três) meses.

COBERTURA ADICIONAL

Doenças Graves Plus Cônjuge

Condições Especiais

Prudential | itaú

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Clique nos tópicos para consultar um item

1. Definições

2. O que o seguro cobre

3. Vigência (validade da cobertura)

4. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

5. Carência

6. Capital segurado

7. Acionamento do seguro

8. Pagamento do benefício (indenização)

9. Fim da cobertura

10. Disposições gerais

11. Anexo

Estas condições especiais se referem a uma cobertura adicional que pode ser contratada para integrar o seguro, aumentando a proteção.

Em caso de divergências, as regras destas condições especiais prevalecem sobre as regras das condições gerais.

Dúvidas? Entre em contato com nossos canais de atendimento.

1 DEFINIÇÕES

As definições utilizadas nesta cobertura adicional são as mesmas que constam do item **Explicação de termos técnicos** das condições gerais.

Além daquelas, esta condição especial também utiliza as definições a seguir:

Doença grave coberta: doenças especificadas no item **O que o seguro cobre** destas condições especiais, respeitadas as definições, caracterizações e exclusões de cada uma dessas doenças.

Procedimento médico coberto: procedimentos médicos especificados no item **O que o seguro cobre** destas condições especiais, respeitados definições, características e riscos excluídos de cada um desses procedimentos.

Evento coberto: sobrevivência da pessoa segurada 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico de uma das doenças graves cobertas ou da realização de um dos procedimentos médicos cobertos, realizados por médico especializado, descritos no item **O que o seguro cobre** destas condições especiais.

Cônjuge/companheiro: cônjuge é o parceiro legalmente vinculado por casamento, enquanto Companheiro é a pessoa com quem se mantém união estável, caracterizada conforme a lei e a jurisprudência. Para efeitos dessa cobertura, o Companheiro será equiparado a Cônjuge.

Cônjuge segurado: para fins desta cobertura, a pessoa segurada será o Cônjuge/Companheiro do titular da apólice, desde que a sociedade conjugal ou união estável esteja devidamente comprovado no período compreendido entre as datas investigação da doença e de início dos procedimentos e exames médicos e a ocorrência do evento coberto.

Convivência: relação caracterizada pela vida em comum entre duas pessoas, pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituir família, configurando união estável, independentemente de formalização por declaração registrada em cartório ou por escritura pública de união estável.

A pessoa segurada nesta cobertura é o cônjuge segurado, no momento do acionamento do benefício. O beneficiário desta cobertura é o cônjuge segurado.

O novo cônjuge segurado será considerado como cônjuge/companheiro se, na data do diagnóstico do evento coberto, o titular da apólice já estava separado judicialmente ou de fato.

Leia atentamente os itens O que o seguro cobre e O que o seguro não cobre (riscos excluídos), destas condições especiais Por exemplo: nem todo tipo de câncer está coberto por estas condições especiais.

2 O QUE O SEGURO COBRE

Essa cobertura garante o pagamento do capital segurado contratado se o cônjuge segurado desta cobertura adicional sobreviver **30 (trinta) dias** após receber o diagnóstico de uma doença grave coberta ou após realizar um procedimento médico coberto.

A data do evento será o 30º (trigésimo) dia após o recebimento de um diagnóstico de doença grave coberta ou a realização de procedimento médico coberto.

A contratação e a vigência desta cobertura adicional Doenças Graves Plus Cônjuge está condicionada à contratação e vigência da cobertura adicional de Doenças Graves Plus pelo titular da apólice.

A identificação do cônjuge segurado ocorrerá no momento de regulação do benefício. Para elegibilidade à indenização desta cobertura, o cônjuge segurado deverá atender aos critérios a seguir:

Será devido o benefício decorrente desta cobertura adicional se atendidos todos os critérios a seguir:

- A condição de cônjuge/companheiro deve ser comprovada e anterior à data do diagnóstico e ao início dos procedimentos e exames médicos de investigação da doença;
- Na data do evento coberto, o cônjuge segurado deve apresentar idade entre o mínimo e o máximo exigido nesta cobertura;
- A cobertura de Doenças Graves Modular do titular da apólice estiver ativa;

Importante:

A data de início dos procedimentos e exames médicos para investigação da doença deverá ser posterior à data de início de vigência desta cobertura, observados os riscos excluídos, o período de carência, os critérios de elegibilidade e demais termos das condições gerais e especiais. O início de vigência desta cobertura coincidirá com o início de vigência da cobertura adicional Doenças Graves Plus do titular da apólice.

A invalidez permanente e total por acidente só será devida se o titular da apólice contratar a apólice com cobertura principal de invalidez permanente e total por acidente.

A idade mínima para contratação desta cobertura é de 16 (dezesseis) anos e a máxima é de 75 (setenta e cinco) anos, com idade máxima de encerramento até os 80 (oitenta) anos.

Leia atentamente os itens O que o seguro cobre e O que o seguro não cobre (riscos excluídos) destas condições especiais.

Doenças graves e procedimentos médicos cobertos:

I) Câncer

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizada pelo cres-Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizada pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico inscrito em sociedade de especialidade e evidenciado por exame histológico conclusivo.

O termo "câncer" também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a enfermidade de Hodgkin

As exclusões para câncer são:

a) qualquer grau ou estágio de neoplasia intraepitelial cervical (NIC);
b) qualquer tumor ou lesão pré-maligna;
c) todos os cânceres não invasivos (in situ);
d) câncer de próstata no estágio I (T1a, 1b, 1c);
e) carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas (espinocelular) de pele;
f) melanoma maligno com índice de Clark I ou II, ou índice de espessura de Breslow menor do que 0,76 mm;
g) carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0 e;
h) qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus de imunodeficiência humana.

II) Cirurgia de revascularização miocárdica com implante de ponte(s) vascular(es) nas arteriais coronarianas (*Bypass*)

Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que estão estenosadas ou ocluídas, com o implante de ponte(s) (Bypass) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia, e a realização da cirurgia deve ser confirmada por um médico especialista.

As exclusões para esta cirurgia são:

- **angioplastias;**
- **outros procedimentos intra-arteriais e**
- **cirurgia por toracotomia mínima.**

III) Infarto agudo do miocárdio

É a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência concomitante dos seguintes critérios:

a) histórico de dores torácicas típicas;

b) alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG); e

c) elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.

As exclusões são:

a) **o infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST, somente com elevação de troponina "I" ou "T",**

b) **outras síndromes coronarianas agudas (por exemplo, angina de peito estável ou instável) e;**

c) **infarto do miocárdio silencioso.**

IV) Insuficiência renal terminal

Etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou realização de transplante renal.

O diagnóstico deve ser indicado por um médico inscrito em sociedade médica especializada e confirmado por exames de imagem e/ou outros específicos para essa finalidade.

V) Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Qualquer acidente vascular cerebral com sequelas neurológicas permanentes, incluindo-se o infarto do tecido cerebral, hemorragia e embolização originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por sintomas clínicos típicos e resultados de tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética do cérebro. Devem-se documentar as evidências de déficit neurológico que persistam, no mínimo, por 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.

As exclusões específicas para AVC são:

1. **Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas (p. ex.: Isquemia Cerebral Transitória – ICT);**
2. **Dano traumático do cérebro;**
3. **Infartos lacunares sem déficit neurológico e sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.**

VI) Transplantes de órgãos

Transplante de órgãos em que a pessoa segurada recebe algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, intestino delgado ou medula óssea.

As exclusões para transplantes são:

1. **colocação de coração artificial, ainda que temporariamente, com objetivo de realizar um transplante definitivo no futuro;**
2. **o transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos;**
3. **o autotransplante de medula;**
4. **o transplante de células-tronco ("células- mãe") e o transplante de células-beta do pâncreas.**
5. **o transplante de células-beta do pâncreas.**

VII) Perda total e irreversível do uso de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada por paralisia, apenas devido a acidente pessoal coberto ou doença envolvendo a medula espinhal. Essas condições devem ter sido medicamente documentadas por, pelo menos, 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.

A exclusão para paralisia é a paralisia provocada por síndrome de Guillain-Barré.

VIII) Cegueira ou perda da visão

Perda irreversível, total ou quase total, da visão de ambos os olhos, causada por acidente pessoal coberto ou doença. O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, feito por oftalmologista e evidenciado por exames específicos, obedecendo aos seguintes critérios relacionados a seguir:

a) acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível; ou

b) campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.

A exclusão para cegueira é a cegueira de origem central (sistema nervoso central).

IX) Cirurgia para troca de valvas cardíacas

Cirurgia cardíaca aberta para troca de uma ou mais valvas cardíacas (aórtica, mitral, tricúspide e pulmonar) por valvas artificiais, devido a estenose, insuficiência ou uma combinação destes dois problemas. A realização da cirurgia de troca de valva cardíaca deverá ser confirmada por cardiologista.

As exclusões específicas para cirurgia de troca de valvas cardíacas são:

Cirurgias cardíacas em que apenas seja reparada a valva cardíaca, ou seja, cirurgias com preservação da valva, como comissurotomia, comissuroplastia, valvoplastias.

X) Cirurgia da aorta

Realização de cirurgia para correção de uma doença da artéria aorta que requeira a remoção e substituição do segmento afetado por prótese.

Para fins de definição, são considerados os segmentos torácico e abdominal da artéria aorta, mas não suas ramificações.

A realização da cirurgia da aorta deverá ser confirmada por médico inscrito em sociedade de especialidade médica.

XI) Esclerose múltipla

O diagnóstico de certeza de esclerose múltipla deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e feito por médico neurologista.

A doença deve ser demonstrada por sintomas típicos de desmielinização e prejuízo das funções motora e sensitiva, bem como achados típicos no exame de ressonância nuclear magnética.

A pessoa segurada deve apresentar:

a) Anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses ou deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com um intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles ou

b) Um episódio, clinicamente documentado, com manifestações características no fluído cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética.

XII) Surdez ou perda da audição

Perda irreversível, total ou profunda, da audição de ambos os ouvidos, causada por acidente pessoal coberto ou doença.

O diagnóstico deve ser feito por médico otorrinolaringologista inscrito em sociedade de especialidade médica e, evidenciado por exames audiológicos específicos (audiograma, BERA – audiometria de tronco cerebral, emissão otoacústica), obedecendo ao critério de:

a) Limiares auditivos sensorioneurais maiores ou iguais a 90 dB (decibéis) em ambos os ouvidos, aferidos por audiograma, simultaneamente, nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz.

A exclusão para surdez é a surdez de origem central (sistema nervoso central).

XIII) Queimaduras graves

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

O diagnóstico deverá ser confirmado por médico inscrito em sociedade de especialidade médica e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou, por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.

3 VIGÊNCIA (VALIDADE DA COBERTURA)

A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos e corresponderá ao mesmo período de pagamento das parcelas desta cobertura. Nesse período, deverão ser pagas as parcelas referentes a esta cobertura.

A vigência de cada cobertura adicional poderá não coincidir com a vigência da cobertura principal, mas não poderá ultrapassá-la.

Mesmo que os pagamentos da cobertura principal estejam quitados, o titular da apólice poderá manter esta cobertura adicional Doenças Graves Plus Cônjuge, por meio do pagamento correspondente à esta e à cobertura adicional Doenças Graves Plus do titular da apólice.

A cobertura terá seu início e término de vigência na data indicada na apólice.

4 O QUE O SEGURO NÃO COBRE (RISCOS EXCLUÍDOS)

Além das exclusões descritas nestas condições especiais e no item O que o seguro não cobre (riscos excluídos), nas condições gerais, estão excluídos:

a) **diagnósticos concedidos pelo próprio cônjuge segurado, seus dependentes, por parentes de qualquer grau, ou por pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com ela, ainda que possuam habilitação profissional para o exercício da medicina;**

b) **diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;**

c) **doenças profissionais;**

d) **ocorrência de doença grave coberta ou procedimento médico coberto resultante de tentativa de suicídio do cônjuge segurado, ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro ou após novo prazo de 2 (dois) anos a partir da data de reabilitação do seguro. Neste caso, a seguradora restituirá a Reserva técnica constituída em nome do cônjuge segurado (artigo 798, Código Civil).**

5 CARÊNCIA

A carência é de 90 (noventa) dias, a contar do início da vigência desta Cobertura Adicional Doenças Graves Plus Cônjuge. Assim, o primeiro diagnóstico de doença grave coberta ou a realização de procedimento médico coberto devem ocorrer após esse período, para que o cônjuge segurado tenha direito ao benefício desta cobertura.

Para a garantia Esclerose Múltipla, haverá carência de 12 (doze) meses contados do início da vigência. Serão consideradas as manifestações clínicas e laboratoriais iniciais da doença bem como o diagnóstico definitivo.

Não há carência nos casos que a doença grave coberta ou o procedimento médico coberto sejam ocasionados por acidente pessoal, ocorrido após o início da vigência desta cobertura.

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado:

É o valor máximo contratado que poderá ser recebido em caso de evento coberto	Constará na apólice.

O valor do capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e estará disponível na apólice de seguro de vida, que poderá ser consultada na **Área de Clientes**.

O valor do capital segurado máximo desta cobertura adicional Doenças Graves Plus Cônjuge corresponde a 50% (cinquenta por cento) do capital segurado da cobertura adicional Doenças Graves Plus do titular da apólice, respeitado o valor máximo estabelecido pela Seguradora.

6.1 Alteração do capital segurado

A alteração do capital segurado desta cobertura adicional Doenças Graves Plus Cônjuge, pelo titular da apólice, está condicionada à alteração do capital segurado da cobertura adicional Doenças Graves Plus do titular da apólice. Essa alteração somente poderá ser solicitada pelo titular da apólice, por meio de formulário apropriado, a qualquer momento durante a vigência.

A alteração do capital segurado da cobertura adicional Doenças Graves Plus solicitada pelo titular da apólice impactará proporcionalmente o valor do capital segurado desta cobertura adicional Doenças Graves Plus Cônjuge, mantendo a relação de 50% (cinquenta por cento) do valor do capital segurado da cobertura do titular

Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de capital segurado para esta cobertura e os pagamentos em dia referentes à esta cobertura e à cobertura adicional Doenças Graves Plus do titular da apólice, estabelecidos pela seguradora.

O capital segurado desta cobertura será obrigatoriamente revisto para se manter entre os limites mínimo e máximo da seguradora nos seguintes casos:

a) se o capital segurado de morte qualquer causa do titular da apólice for alterado, ou

b) se o capital segurado da Cobertura Doenças Graves Plus do titular da apólice for alterado, ou

c) se a vigência de uma das Coberturas Adicionais com cobertura de morte qualquer causa for encerrada.

Caso o titular da apólice solicite a redução do capital segurado desta cobertura adicional Doenças Graves Plus Cônjuge, a seguradora pagará ao titular da apólice a **Reserva Técnica** proporcional à redução, atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada desde a redução até o efetivo pagamento na forma da lei ao titular da apólice, por meio de crédito em conta de sua própria titularidade constituída no Brasil.

7 ACIONAMENTO DO SEGURO

A seguradora deve ser imediatamente comunicada sobre o evento coberto. Atenção aos documentos que podem ser solicitados no **Anexo**.

8 PAGAMENTO DO BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias da data de entrega de todos os documentos solicitados. Devem ser observadas as regras de pagamento do benefício das condições gerais e demais disposições do seguro.

Após o diagnóstico de doença ou procedimento coberto, é necessário estar vivo 30 (trinta) dias depois. O cônjuge segurado pode solicitar o benefício a qualquer tempo. **No entanto, é necessária sua sobrevivência 30 (trinta) dias após o diagnóstico ou procedimento cobertos, com a persistência das limitações ou manutenção da terapia, previstos para algumas das doenças graves cobertas.**

Para determinar valor de indenização desta cobertura, a data do evento será o 30º (trigésimo) dia após o recebimento de um diagnóstico de doença grave coberta ou a realização de procedimento médico coberto.

A identificação do cônjuge segurado será realizada no momento da regulação do benefício. Os documentos do Anexo podem ser necessários para análise e pagamento dos benefícios cobertos por este seguro. Se solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora.

A seguradora poderá solicitar documentos e/ou exames complementares para verificação do fato ocorrido e da existência de cobertura.

O benefício será pago de forma única e integral ao cônjuge segurado.

No momento da regulação do benefício, caso seja identificado que a idade do cônjuge segurado excedia o limite de idade máxima previsto para esta cobertura na data do evento coberto, será possível a devolução de todos os prêmios pagos a partir da data em que

o cônjuge segurado completou a idade limite de saída da cobertura. Essa devolução será realizada com atualização monetária, conforme previsto na legislação vigente, hipótese em que a cobertura será cancelada. Caso o titular opte por manter a cobertura ativa, não haverá devolução de prêmios pagos.

Se o cônjuge segurado desta cobertura adicional Doenças Graves Plus Cônjuge falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era seu direito, o pagamento será realizado aos herdeiros, observando-se a legislação vigente.

Esta cobertura é cumulativa com as demais coberturas adicionais para cônjuge contratadas, para benefícios solicitados decorrentes de um mesmo evento Esta cobertura é cumulativa com as demais coberturas adicionais destinadas a cônjuge/companheiro contratadas, para benefícios solicitados decorrentes de um mesmo evento.

9 FIM DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas no item Cancelamento, das condições gerais, a cobertura se encerra:

a) com o cancelamento ou término da cobertura principal à qual esta cobertura adicional está vinculada, respeitado o período correspondente de pagamento;

b) com o pagamento do benefício, previsto nesta cobertura ou pagamento do benefício previsto na cobertura Doenças Graves Plus do titular da apólice;

c) com a mudança da cobertura principal, à qual esta cobertura adicional está vinculada, para o status Valor saldado ou Benefício prolongado;

d) com a solicitação expressa do titular da apólice para cancelar esta cobertura. O cancelamento será de toda a cobertura para a qual não haverá devolução de quaisquer prêmios pagos.

e) o cancelamento ou término da cobertura adicional Doenças Graves Plus do titular da apólice, à qual esta cobertura adicional Doenças Graves Plus Cônjuge está vinculada, respeitado o período correspondente de pagamento;

f) ao final do prazo de vigência desta cobertura adicional Doenças Graves Plus Cônjuge informada na apólice;

g) quando o titular da apólice alcançar a idade de saída prevista na condição especial da cobertura Doenças Graves Plus.

As definições de valor saldado e benefício prolongado constam nas condições gerais.

Caso o titular da apólice solicite o cancelamento da cobertura adicional Doenças Graves Plus Cônjuge, a seguradora pagará ao titular da apólice a **Reserva técnica** formada até o dia do cancelamento da cobertura, atualizada monetariamente, com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento ao titular da apólice, por meio de crédito em conta de sua própria titularidade constituída no Brasil.

10 DISPOSIÇÕES GERAIS

Todas as regras previstas nas condições gerais orientam esta cobertura adicional. As exceções são as regras específicas sobre este produto, descritas nestas condições especiais.

Documentos necessários para pedido de indenização da cobertura Doenças Graves Plus Cônjuge:

a) formulário de acionamento do benefício específico para esta cobertura adicional, fornecido pelo cônjuge segurado, devidamente preenchido e assinado pela pessoa segurada ou representante legal;

b) documento assinado pelo médico assistente do cônjuge segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;

c) declaração de sobrevivência do cônjuge segurado;

d) cópias dos exames comprobatórios, conforme item **O que o seguro cobre** destas condições especiais;

e) documento de identidade e CPF do cônjuge segurado;

f) certidão de nascimento do cônjuge segurado, quando menor de 18 (dezoito) anos;

g) comprovante de residência do cônjuge segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;

h) certidão de casamento ou declaração de união estável registrada em cartório ou escritura pública de união estável;

i) cópia do prontuário médico de internação hospitalar da pessoa segurada, em caso de ter havido internação;

A data de assinatura da declaração de união estável ou da escritura pública de união estável deverá ser anterior à data de início dos procedimentos e exames médicos relacionados à investigação da doença. Essa exigência se aplica mesmo que tenha sido declarada, no documento, data retroativa de início da convivência.

Na ausência da certidão de casamento, declaração de união estável registrada em cartório ou escritura pública de união estável, deverão ser apresentados elementos que comprovem, através de ao menos 3 (três) dos documentos listados abaixo, (i) a Convivência do casal em data anterior à data de início dos procedimentos médicos, exames e investigação da doença; e (ii) a Convivência do casal na data do evento segurado.

1. Declarações de imposto de renda, com recibo de entrega, que identifique o cônjuge segurado como dependente do titular da apólice, sendo:

   a) uma referente ao exercício anterior ao ano de início dos procedimentos médicos, exames e investigação da doença;

   b) uma referente ao último exercício disponível;

2. Comprovantes de conta bancária conjunta do cônjuge segurado e do Titular da Apólice;

3. Certidão de nascimento de filho havido em comum;

4. Comprovantes de residência (contas de luz, água, gás ou telefone fixo) em nome do cônjuge segurado e do titular da Apólice, emitidos até 3 (três) meses antes da data de aviso do sinistro;

5. Faturas de cartões de crédito que demonstrem cartão adicional em nome do cônjuge segurado em conta de titularidade do titular da apólice, emitidos até 3 (três) meses antes da data de aviso do sinistro;

6. Registro em associação de qualquer natureza, do qual conste o(a) companheiro(a) como dependente do segurado;

7. Certidão de casamento religioso;

8. Disposições testamentárias.

COBERTURA ADICIONAL

Invalidez Acidental

(Invalidez Permanente por Acidente)

Condições Especiais

Prudential | itaú

CONDIÇÕES ESPECIAIS

1. Definições

2. O que o seguro cobre

3. Vigência (validade da cobertura)

4. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

5. Capital segurado

6. Acionamento do seguro

7. Pagamento do benefício (indenização)

8. Suspensão e reabilitação

9. Fim da cobertura

10. Disposições gerais

Estas condições especiais se referem a uma cobertura adicional que pode ser contratada para integrar o seguro, aumentando a proteção.

Em caso de divergências, as regras destas condições especiais prevalecem sobre as regras das condições gerais.

Dúvidas? Entre em contato com nossos canais de atendimento.

1 DEFINIÇÕES

Serão usadas as mesmas definições do item **Explicação de termos técnicos** das condições gerais. Além disso, serão utilizadas as definições a seguir:

Invalidez Permanente Majorada: circunstâncias causadas por acidente que caracterizam uma invalidez permanente parcial, mas que a pessoa segurada receberá o benefício no valor integral previsto na cobertura.

Para fins desta cobertura, a pessoa segurada é a beneficiária.

A invalidez acidental desta cobertura deverá ser comprovada por laudo de médico especializado e/ou realização de exames destinados a essa finalidade.

A definição de invalidez para apólices de seguros de pessoas é diferente da utilizada pela Previdência Social no Brasil, por se tratar de benefícios de natureza diversa. A aposentadoria por invalidez concedida por uma instituição de previdência, pública ou privada, não é condição suficiente para garantir o pagamento do benefício desta cobertura.

Para esta cobertura, invalidez permanente por acidente é a perda anatômica ou funcional definitiva de um membro, segmento ou órgão, decorrente de lesão física causada por acidente pessoal, que resulte em pelo menos um dos quadros incapacitantes descritos no item a seguir.

2 O QUE O SEGURO COBRE

A contratação e o pagamento dessa cobertura garantem à pessoa segurada uma indenização em caso de evento coberto durante a vigência da cobertura, causado exclusivamente por acidente pessoal.

Estarão cobertas as situações relacionadas nas tabelas de situações cobertas com os respectivos percentuais para cálculo de indenização destas condições especiais, desde que ocorridas exclusivamente por acidente pessoal coberto, observados os limites de

cobertura, os riscos excluídos, assim como os demais termos previstos contratualmente para esta cobertura.

Para esta cobertura, invalidez permanente por acidente é a perda anatômica ou funcional definitiva de um membro, segmento ou órgão, decorrente de lesão física causada por acidente pessoal, que resulte em pelo menos um dos quadros incapacitantes a seguir descritos.

2.1 Invalidez Permanente e Total por Acidente

Em caso de pagamento integral do benefício (percentual de indenização de 100% previsto na tabela), decorrente de invalidez permanente total, esta cobertura adicional será cancelada.

Estão cobertas as situações listadas na tabela a seguir:

Tabela de situações para Invalidez Permanente Total por Acidente	% de indenização
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%

2.2 Invalidez Permanente Majorada por Acidente

Em caso de pagamento integral do benefício (correspondente ao percentual de indenização de 100% previsto na tabela) decorrente de invalidez permanente majorada, esta cobertura adicional será cancelada.

Estão cobertas as situações listadas na tabela a seguir:

Tabela de situações para Invalidez Permanente Majorada por Acidente	% de indenização
Perda total da visão de um olho	100%
Perda total do uso de um membro superior	100%
Perda total do uso de uma das mãos	100%
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	100%
Mudez incurável	100%
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	100%
Imobilidade do segmento sacro-lombo-torácico da coluna vertebral	100%
Perda total do uso de um dos membros inferiores	100%
Perda total do uso de um dos pés	100%
Perda total do movimento de oposição do polegar com comprometimento da função de “pinça”, de uma das mãos	100%

Importante:

- **Os critérios que definem a perda do movimento de oponência do polegar e função de "pinça" são:**
- **amputação do 1º dedo (polegar) ao nível da articulação metacarpofalangeana de uma das mãos;**
- **amputação do 2º, 3º, 4º e 5º dedos ao nível da articulação metacarpofalangeana da mesma mão;**
- **amputação da falange distal do 1º dedo (polegar) simultaneamente com a amputação do 2º e 3º dedos, ao nível da falange média ou proximal, da mesma mão;**
- **lesão traumática com perda total da função do nervo mediano de um dos membros superiores, necessariamente demonstrada por eletroneuromiografia.**

A perda da função de "pinça" também é caracterizada caso a pessoa segurada venha a sofrer um acidente que resulte em uma perda definitiva da sensibilidade, força muscular (para pinça fina – 1º dedo, polegar, e 2º dedo), comissura e mobilidade/dimensão (sendo esta composta pela avaliação de até 5 movimentos principais), a ser avaliada por médico especializado, por meio do preenchimento de formulário específico. A combinação dos resultados desses critérios deverá atingir uma pontuação mínima para qualificação do sinistro.

2.3 Invalidez permanente e parcial por acidente

Em caso de pagamento parcial do benefício, decorrente de invalidez permanente parcial motivado por uma ou mais situações discriminadas na respectiva tabela em um mesmo evento acidental, o capital segurado a ser pago na forma de indenização corresponderá à soma dos percentuais previstos para cada situação, **limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado vigente.**

Estão garantidas por esta cobertura as situações de **invalidez permanente e parcial por acidente**, conforme tabela a seguir:

Tabela de situações para cálculos de indenização por Invalidez Permanente Parcial	% de indenização
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20%
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20%
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50%
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30%
Anquilose total de um dos ombros	25%
Anquilose total de um dos cotovelos	25%
Anquilose total de um dos punhos	20%
Perda total do uso de um dos polegares, excluindo 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
Fratura não consolidada de um fêmur	50%
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbioperoneiros	25%
Fratura não consolidada da rótula	20%
Fratura não consolidada de um pé	20%

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 1° (primeiro) dedo de um dos pés	10%
Amputação de qualquer outro dedo de um dos pés	3%
Perda total do uso de uma falange do 1° dedo de um dos pés	Indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do valor do respectivo dedo
Encurtamento de um dos membros inferiores: de 5 (cinco) centímetros ou mais	15%
Encurtamento de um dos membros inferiores: de 4 (quatro) centímetros	10%
Encurtamento de um dos membros inferiores: de 3 (três) centímetros	6%
Amputação total do nariz	25%
Aparelho da Fonação - Perda total do palato mole e duro (ambos)	25%
Sistema auditivo - Amputação total das duas orelhas	16%
Perda do Baço	15%
Aparelho Urinário - Bexiga - Cistostomia (definitiva)	30%
Aparelho Urinário - Perda de um rim, com rim remanescente com função renal preservada	30%

Aparelho Urinário - Perda ou redução da função renal (dialítica)	75%
Aparelho Genital e Reprodutor - Perda de um testículo	6%
Aparelho Genital e Reprodutor - Perda de dois testículos	20%
Amputação traumática do pênis	40%
Perda de um ovário	6%
Perda de dois ovários	20%
Perda do útero	40%
Pescoço - Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15%
Pescoço - Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15%
Pescoço - traqueostomia definitiva	40%
Aparelho Respiratório - Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total) com insuficiência respiratória	75%
Mamas (femininas) - mastectomia unilateral	10%
Mamas (femininas) - mastectomia bilateral	20%
Abdômen (Órgãos e Vísceras) - Gastrectomia subtotal	20%
Abdômen (Órgãos e Vísceras) - Gastrectomia total	40%
Intestino Grosso - Colectomia total	40%
Intestino - Colostomia definitiva ou ileostomia definitiva	40%
Fígado - Lobectomia com insuficiência hepática	50%
Síndrome Neurológicas - Epilepsia pós-traumática	20%
Síndrome Neurológicas - Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20%

Caso seja pago 100% do capital segurado vigente como benefício decorrente de invalidez permanente e parcial por acidente em um mesmo evento de acidente, esta cobertura será cancelada.

Nos demais casos em que o benefício pago decorrente de Invalidez Parcial em um mesmo evento acidental for inferior a 100%, o capital segurado será reintegrado (voltará ao valor anterior à indenização) e poderá haver outros pedidos de benefício.

Caso a situação invalidez permanente corresponda a uma redução parcial da função do membro ou órgão prejudicado, a indenização será calculada de acordo com o grau de redução funcional apresentado, classificado como máximo, médio ou mínimo, correspondendo à indenização percentual de 75%, 50% e 25%, respectivamente, aplicado sobre os percentuais apresentados na tabela de situações para cálculo de indenização.

Se houver mais de uma lesão no mesmo membro ou órgão, a indenização será limitada ao percentual previsto para a perda total desse membro ou órgão.

Idade mínima para contratação:	**14 (quatorze) anos**
Idade máxima para contratação:	**75 (setenta e cinco) anos**
Idade máxima de encerramento da cobertura:	**80 (oitenta) anos**

A garantia restringe-se a eventos ocorridos durante a vigência desta cobertura.

Esta garantia só será devida se a apólice for contratada com cobertura principal de invalidez permanente e total por acidente.

3 VIGÊNCIA (VALIDADE DA COBERTURA)

A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos.

Durante esse período a pessoa segurada tem responsabilidade pelo pagamento das parcelas referentes a contratação desta cobertura adicional.

A vigência de cada cobertura adicional poderá não coincidir com a vigência da cobertura principal, mas não poderá ultrapassá-la.

Mesmo que os pagamentos da cobertura principal estejam quitados, a pessoa segurada poderá manter essa cobertura adicional desde que sejam realizados os pagamentos correspondentes.

A cobertura terá seu início e término de vigência na data indicada na apólice. Não há carência para esta cobertura adicional.

4 O QUE O SEGURO NÃO COBRE (RISCOS EXCLUÍDOS)

Não estão cobertos os eventos decorrentes das causas descritas no item **O que o seguro não cobre (riscos excluídos)** das condições gerais, ficando a pessoa segurada sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.

Além das exclusões previstas nas condições gerais, para a perda de movimento de oposição do polegar (função de pinça), temos as seguintes exclusões:

a **decorrente de causas não acidentais;**

b **perda parcial decorrente de acidente;**

c **decorrente de doenças quaisquer;**

d **decorrente de cirurgias, mesmo que erros médicos;**

e **decorrente de autoflagelação ou automutilação;**

f	**decorrente de mutilação intencional, mesmo que praticada por outra pessoa;**
g	**decorrente de condições congênitas, mesmo que parcialmente;**
h	**decorrente de doenças preexistentes, mesmo que parcialmente;**
i	**decorrente de condições/acidentes preexistentes agravadas (acidente anterior/amputação anterior de alguns dedos);**
j	**decorrente de acidentes com implicações criminais à pessoa segurada;**
k	**decorrente de reimplante da mesma parte anatômica, sem perda total da função.**

5 CAPITAL SEGURADO

O valor do capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e estará disponível na apólice de seguro de vida, que poderá ser consultada na **Área de Clientes**.

5.1 Alteração do capital segurado

A pessoa segurada poderá solicitar a alteração do capital segurado desta cobertura a qualquer momento durante a vigência. Para que isso ocorra, é preciso que os pagamentos pelo seguro estejam em dia.

Caso haja alteração no capital segurado ou na vigência de alguma cobertura de morte por qualquer causa da apólice, o capital segurado desta cobertura será obrigatoriamente adequado, para que sejam mantidos os limites mínimo e máximo estabelecidos pela seguradora.

A estruturação técnica desta cobertura não prevê a formação da Reserva técnica. Desse modo, a redução ou o cancelamento desta cobertura não resultarão no pagamento de quaisquer valores à pessoa segurada.

Para determinação do capital segurado desta cobertura, a data do evento será a data do acidente.

6 ACIONAMENTO DO SEGURO

Quando ocorrer um evento coberto, a seguradora deverá ser avisada pela pessoa segurada ou por seu representante legal, com a maior brevidade possível, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora. O formulário deverá estar acompanhado dos documentos previstos no **Anexo**.

Após acidente pessoal coberto, é dever da pessoa segurada procurar atendimento médico às suas custas e submeter-se integralmente ao tratamento determinado, inclusive sessões de fisioterapia e outras indicadas.

O estado de invalidez permanente, conforme descrito no item **O que o seguro cobre**, destas condições especiais, deve ser comprovada por declaração de médico especialista, após conclusão do tratamento, ou, ainda, após esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação da pessoa segurada. A declaração do médico especializado deverá ser acompanhada de em exames e/ou laudos técnicos que comprovem a condição definitiva de invalidez acidental.

7 PAGAMENTO DO BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, observadas as condições gerais e demais disposições do seguro.

O prazo será suspenso todas as vezes que a seguradora precisar solicitar documentos que não tenham sido entregues e, voltará a ser contado quando forem entregues.

O benefício será pago à pessoa segurada, respeitada a metodologia de cálculo do capital segurado estabelecido nesta cobertura e valor percentual previsto na tabela de cálculo para cada situação de invalidez permanente ocorrida.

O valor para pagamento do benefício será estabelecido tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física da pessoa segurada, independentemente de sua profissão.

Se a pessoa segurada falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era seu direito, o pagamento será realizado às pessoas herdeiras, conforme a legislação vigente.

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

Esta cobertura é cumulativa com as demais contratadas, para benefícios solicitados decorrentes de um mesmo evento, **exceto quando o mesmo acidente causar a morte da pessoa segurada.**

Esta cobertura é cumulativa com as demais contratadas para benefícios solicitados decorrentes de um mesmo evento.

As indenizações por morte e invalidez permanente por acidente, quando contratadas conjuntamente, não se acumulam. Se ocorrer a morte da pessoa segurada em consequência do mesmo acidente depois de paga a indenização por invalidez permanente por acidente, esse valor será deduzido do capital segurado de morte.

8 SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO

Se as parcelas do seguro não forem pagas, a cobertura será suspensa logo depois do período de tolerância, descrito nas condições gerais, com comunicação prévia.

Não haverá cobrança de parcelas relativas ao período de suspensão.

Caso a pessoa segurada não solicite nenhuma alterativa citada nas condições gerais para reabilitação do seguro até o último dia do período de suspensão, **a seguradora efetivará o cancelamento da apólice**, com comunicação prévia.

9 FIM DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas cláusulas de **Suspensão e reabilitação** e **Cancelamento** das condições gerais, a cobertura acaba com:

a) cancelamento ou término da cobertura principal à qual esta cobertura adicional está vinculada, respeitado o período correspondente de pagamento;

b) com o pagamento integral do benefício correspondente ao capital segurado integral previsto nesta cobertura, decorrente de um mesmo evento acidental;

c) mudança da cobertura principal à qual esta cobertura opcional está vinculada para status valor saldado ou benefício prolongado; ou

d) solicitação expressa da pessoa segurada para cancelar esta cobertura.

O cancelamento desta cobertura não resultará no pagamento de quaisquer valores a pessoa segurada.

10 DISPOSIÇÕES GERAIS

Todas as regras previstas nas condições gerais orientam esta cobertura adicional. As exceções são as regras específicas sobre este produto, descritas nestas condições especiais.

COBERTURA ADICIONAL

Morte Acidental

Condições Especiais

Prudential | itaú

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Clique nos tópicos para consultar um item

1. Definições

2. O que o seguro cobre

3. Vigência (validade da cobertura)

4. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

5. Capital segurado

6. Acionamento do seguro

7. Pagamento do benefício (indenização)

8. Suspensão e reabilitação

9. Fim da cobertura

10. Disposições gerais

Estas condições especiais se referem a uma cobertura adicional que pode ser contratada para integrar o seguro, aumentando a proteção.

Em caso de divergências, as regras destas condições especiais prevalecem sobre as regras das condições gerais.

Dúvidas? Entre em contato com nossos canais de atendimento.

1 DEFINIÇÕES

Serão usadas as mesmas definições do item **Explicação de termos técnicos** das condições gerais do seguro.

2 O QUE O SEGURO COBRE

A contratação e o pagamento referente a esta cobertura garantem o pagamento do capital segurado às pessoas beneficiárias em caso de **morte da pessoa segurada** resultante de acidente pessoal coberto, observados os riscos excluídos.

Se a pessoa segurada sofrer uma **invalidez permanente e majorada por acidente** em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de pagamento desta cobertura, não haverá mais cobranças relativas a esta cobertura.

A idade mínima para contratação desta cobertura é **14 (quatorze) anos** e a idade máxima é de até **75 (setenta e cinco) anos**, conforme opções de período de pagamento..

Para cada opção de período de pagamento existe uma idade máxima de contratação.

Verifique as opções de período de pagamento disponíveis para a sua idade no momento da contratação.

A idade máxima de encerramento desta cobertura é aos **80 anos** de idade da pessoa segurada.

3 VIGÊNCIA (VALIDADE DA COBERTURA)

A cobertura terá seu início e término de vigência na data indicada na apólice.

Esta cobertura cessará automaticamente ao final do prazo de vigência contratado.

A vigência corresponde ao período de cobertura do seguro conforme escolha na contratação e tabela a seguir:

Período de cobertura	Período de pagamento
Por 5 anos	Por 5 anos
Por 10 anos	Por 10 anos

A vigência de cada cobertura adicional poderá não coincidir com a vigência da cobertura principal, mas não poderá ultrapassá-la.

Mesmo que os pagamentos da cobertura principal estejam quitados, a pessoa segurada poderá manter essa cobertura adicional, por meio do pagamento correspondente.

Não há carência para esta cobertura adicional.

4 O QUE O SEGURO NÃO COBRE (RISCOS EXCLUÍDOS)

Além das exclusões previstas no item O que o seguro não cobre (riscos excluídos), das condições gerais, estão excluídas desta cobertura os acidentes que envolvam:

viagens em aeronaves quando a pessoa segurada for integrante da tripulação, ou seja, pilota, copilota, engenheira de voo, comissários de bordo e qualquer outro tripulante com responsabilidades diferentes das de um viajante, cuja atividade profissional não tenha sido previamente declarada na proposta de contratação de seguro de vida. Esta exclusão não se aplica a tripulantes servindo às Forças Armadas, às forças policiais e de fiscalização, para treinamentos ou quaisquer outros fins.

5 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado desta Cobertura Adicional será aquele estabelecido na apólice de seguro de vida, que pode ser consultada na **Área de Clientes**.

5.1 Alteração do capital segurado

A pessoa segurada poderá solicitar a alteração do capital segurado desta cobertura a qualquer momento durante a vigência. O pagamento das parcelas de responsabilidade da pessoa segurada precisa estar em dia, nos termos das condições gerais e especiais respectivas.

Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de capital segurado para esta garantia e os pagamentos estabelecidos pela seguradora.

Caso haja alteração no capital segurado ou na vigência de alguma cobertura de morte por qualquer causa da apólice, o capital segurado desta cobertura será obrigatoriamente adequado, para se manter entre os limites mínimo e máximo estabelecidos pela seguradora.

Se o período de pagamento for **igual** ao período de vigência:

Não haverá formação de reserva técnica, portanto, a redução do capital segurado desta cobertura não resultará no pagamento de quaisquer valores à pessoa segurada ou beneficiária.

Se o período de pagamento for **diferente** do período de vigência:

Haverá formação de reserva técnica. Neste caso, se a pessoa segurada solicitar a redução do capital segurado desta cobertura, a seguradora pagará a ela a Reserva técnica, formada até o dia do cancelamento da cobertura, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente.

6 ACIONAMENTO DO SEGURO

Se durante o período de vigência desta cobertura adicional ocorrer um evento coberto, ele deverá ser comunicado à seguradora pelas pessoas beneficiárias, em formulário próprio, acompanhado dos documentos relacionados no Anexo das condições gerais.

7 PAGAMENTO DO BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

O pagamento ocorrerá em até 30 (trinta) dias da data de entrega de todos os documentos solicitados.

Se os documentos forem entregues em datas diferentes, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso e voltará a contar a partir da entrega dos documentos faltantes.

O benefício será pago de forma única e integral.

Esta cobertura é cumulativa com as demais contratadas, para benefícios solicitados decorrentes de um mesmo evento.

8 SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO

Se as parcelas do seguro não forem pagas, essa cobertura será suspensa assim que acabar o **período de tolerância** descrito nas condições gerais, com comunicação prévia.

Não haverá cobrança de parcelas relativas ao período de suspensão.

Caso o seguro seja reabilitado, a contagem do período de carência reinicia na data em que a seguradora comunicar aceitação da reabilitação.

Caso a pessoa segurada não solicite nenhuma alternativa citada no item **Suspensão e reabilitação** das condições gerais, para reabilitação do seguro até o último dia do período de suspensão, a seguradora cancelará a apólice, com comunicação prévia.

= Se o período de pagamento for **igual** ao período de vigência:	≠ Se o período de pagamento for **diferente** do período de vigência:
Não haverá formação de reserva técnica, portanto, a redução do capital segurado desta cobertura não resultará no pagamento de quaisquer valores à pessoa segurada ou beneficiária.	Haverá formação de **reserva técnica**. Neste caso, se a pessoa segurada solicitar a redução do capital segurado desta cobertura, a seguradora pagará a ela a Reserva técnica, formada até o dia do cancelamento da cobertura, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

9 FIM DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas cláusulas de **Suspensão e reabilitação** e **Cancelamento das condições gerais**, a esta cobertura acaba ainda:

a) com o cancelamento ou término da cobertura principal à qual esta cobertura adicional está vinculada, respeitado o período correspondente de pagamento;

b) com o pagamento do benefício às pessoas beneficiárias por morte acidental da pessoa segurada;

c) com a mudança da cobertura principal, à qual esta cobertura adicional está vinculada, para o status **Valor saldado** ou **Benefício prolongado** ou;

d) com a solicitação expressa da pessoa segurada para cancelar esta cobertura.

10 DISPOSIÇÕES GERAIS

Todas as regras previstas nas condições gerais orientam esta cobertura adicional. As exceções são as regras específicas sobre este produto, descritas nestas condições especiais.

COBERTURA ADICIONAL

Perda da Autonomia Pessoal

Condições Especiais

Prudential | itaú

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Clique nos tópicos para consultar um item

1. Definições

2. O que o seguro cobre

3. Vigência (validade da cobertura)

4. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

5. Carência e franquia

6. Capital segurado

7. Pagamento do benefício (indenização)

8. Suspensão e reabilitação

9. Fim da cobertura

10. Disposições gerais

11. Anexo

Estas condições especiais se referem a uma cobertura adicional que pode ser contratada para integrar o seguro, aumentando a proteção.

Em caso de divergências, as regras destas condições especiais prevalecem sobre as regras das condições gerais.

Dúvidas? Entre em contato com nossos canais de atendimento.

1 DEFINIÇÕES

Serão utilizadas as mesmas definições do item **Explicação de termos técnicos**, das condições gerais, e definições a seguir:

Atividade de Vida Diária (AVD): atividades rotineiras relacionadas a higiene, mobilidade, alimentação, vestimenta e autocuidado, consideradas fundamentais para atender as necessidades básicas da vida cotidiana pessoal e social.

Evento coberto: caracterização da perda da autonomia pessoal decorrente de acidente pessoal ou de doença, observadas as regras do seguro.

Franquia: é o período em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual a pessoa segurada não terá direito ao recebimento do capital segurado.

Tecnologia assistiva: aparelhos, equipamentos e recursos (p. ex.: órteses, próteses, materiais auxiliares, ambiente adaptado) que proporcionam ou ampliam habilidades funcionais de pessoas com algum tipo de incapacidade.

Para esta cobertura, a beneficiária é a própria pessoa segurada.

2 O QUE O SEGURO COBRE

Essa cobertura garante o pagamento do capital segurado contratado, em caso de caracterização da perda da autonomia pessoal em consequência de doença ou acidente pessoal.

Para ter direito, é preciso que esta cobertura esteja contratada na apólice, vigente e que sejam efetuados os pagamentos respectivos. **Deverão ser observados:**

- **riscos excluídos;**
- **períodos de carência e franquia e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e da apólice.**

Caracteriza-se a cobertura caso a pessoa segurada fique permanentemente incapacitada e dependente de terceiros para realizar 4 (quatro) ou mais atividades da vida diária (AVD).

Descrição e critérios de enquadramento das AVD para caracterização da perda da autonomia pessoal:

a) banho: sem ajuda de terceiros, a pessoa segurada não é capaz de entrar ou sair da banheira ou do chuveiro, tomar banho e enxugar-se.

Não preenche critérios para a AVD banho a pessoa segurada que seja somente incapaz de chegar ao banheiro sozinha ou que seja capaz de realizar sozinha uma ou mais das ações descritas neste item de banho.

b) higiene pessoal: sem ajuda de terceiros, a pessoa segurada não é capaz de lavar-se parcialmente (parte superior ou inferior do corpo), fazer higiene íntima após usar o banheiro ou durante o período menstrual (para mulheres), escovar os dentes, pentear o cabelo, fazer a barba (para homens).

Não preenche critérios para a AVD higiene pessoal a pessoa segurada que seja somente incapaz de chegar ao banheiro sozinha ou que seja capaz de realizar sozinha uma ou mais das ações descritas neste item de higiene pessoal.

c) vestimenta: sem ajuda de terceiros, a pessoa segurada não é capaz de vestir-se, despir-se completamente, colocar e prender prótese ou colete cirúrgico, caso faça uso.

Não preenche critérios para a AVD vestimenta a pessoa segurada que seja capaz de realizar sozinha uma ou mais das ações descritas neste item de vestimenta.

d) alimentação: a pessoa segurada necessita que seu alimento seja administrado através de tubos ou não é capaz, sem ajuda de terceiros, de consumir alimentos e bebidas previamente preparados e servidos.

Não preenche critérios para a AVD alimentação a pessoa segurada que consegue consumir alimentos ou bebidas com o auxílio de talheres, pratos e copos adaptados ou que seja capaz de realizar sozinha uma ou mais das ações descritas neste item de alimentação.

e) mobilidade: sem ajuda de terceiros, a pessoa segurada não é capaz de andar no plano, sentar-se, levantar-se, entrar e sair da cama.

Não preenche critérios para a AVD mobilidade a pessoa segurada que consegue se locomover sozinha com auxílio de cadeira de rodas, próteses, órteses etc., ou que seja capaz de realizar sozinha uma ou mais das ações descritas neste item de mobilidade.

f) continência: a pessoa segurada possui incontinência urinária ou fecal permanente, ou, não é capaz de esvaziar sua bexiga ou intestino de forma autônoma. A perda da autonomia pessoal neste item também se caracteriza quando há a necessidade do uso contínuo e irreversível de cateteres ou de fraldas absorventes, os quais a pessoa segurada não consegue trocar sem ajuda de terceiros.

Não preenche critérios para a AVD continência a pessoa segurada que faz uso de cateteres ou de fraldas absorventes apenas com a finalidade de facilitar os cuidados.

O uso de tecnologia assistiva para realizar a AVD não configura dependência de terceiros.

As definições e especificações descritas em cada uma das AVDs devem ser atendidas completamente para que ocorra o enquadramento.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza por si só o quadro clínico incapacitante que comprove a perda da autonomia pessoal.

A **idade mínima** para contratação desta cobertura é **14 (quatorze) anos** e as **idades máximas são as a seguir**:

Período de pagamento	Idade máxima de contratação
Por 5 anos	até 75 (setenta e cinco) anos
Por 10 anos	até 70 (setenta) anos

Essa cobertura será encerrada até os 80 anos de idade da pessoa segurada.

3 VIGÊNCIA (VALIDADE DA COBERTURA)

A vigência desta cobertura será de **5 (cinco) ou de 10 (dez) anos**, conforme definido na apólice e corresponderá ao período de pagamento das parcelas referentes a esta cobertura.

A vigência de cada cobertura adicional poderá não coincidir com a vigência da cobertura principal, mas não poderá ultrapassá-la.

Mesmo que os pagamentos referentes à cobertura principal estejam quitados, a pessoa segurada poderá manter essa cobertura adicional, por meio do pagamento correspondente.

A cobertura terá seu início e término de vigência na data indicada na apólice.

4 O QUE O SEGURO NÃO COBRE (RISCOS EXCLUÍDOS)

Além das exclusões previstas no item **O que o seguro não cobre (riscos excluídos)** das condições gerais, estão excluídas desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

a) **Doenças ou lesões preexistentes, ou seja, que existiam antes da contratação deste seguro, eram do conhecimento da pessoa segurada e não foram declaradas na proposta.**

b) **Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja profissional formado e habilitado para exercer a medicina.**

c) **Quadros clínicos de incapacidade funcional parcial, de incapacidade laborativa temporária, de invalidez por acidente ou de invalidez laborativa permanente da pessoa segurada, mesmo que determinados por órgãos previdenciários oficiais, que não atendam a todos os critérios previstos para caracterização do evento coberto.**

d

Alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, ainda que de origem traumática, que não sejam exclusivamente causadas por fraturas ou luxações comprovadas por exames radiológicos e de imagem.

e

Alterações anatômicas ou funcionais da medula espinhal e raízes nervosas, ainda que de origem traumática, que não sejam passíveis de comprovação objetiva por meio de exames de imagem e de eletroneuromiografia.

f

Ocorrências relacionadas a condutas praticadas em razão ou em decorrência de transtornos psiquiátricos mentais e comportamentais, ainda que consequentes de acidente pessoal, exceto quando configurado quadro de insanidade mental/alienação mental total irreversível.

g

Quaisquer ferimentos causados propositadamente na pessoa segurada, pela responsável pelo pagamento, beneficiárias da apólice, por ela própria ou pelos seus respectivos representantes legais. Nos casos de ferimentos causados propositadamente na pessoa segurada por ela própria, caracterizando sua tentativa de suicídio, haverá exclusão se o evento ocorrer nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do seguro ou após novo prazo de 2 (dois) anos a partir da data da reabilitação do seguro. Neste caso, a seguradora restituirá a Reserva técnica constituída em nome da pessoa segurada, em conformidade com o previsto no artigo 798 do Código Civil.

5 CARÊNCIA E FRANQUIA

A cobertura da perda da autonomia pessoal ocorrerá somente após fim do período de carência de **90 (noventa) dias** do início da vigência desta cobertura.

Não haverá carência nos casos em que a perda da autonomia pessoal for decorrente de acidente pessoal coberto.

É preciso que a pessoa segurada sobreviva por 30 (trinta) dias após a caracterização da perda da autonomia pessoal para caracterização da perda da autonomia pessoal (período de franquia).

6 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado desta Cobertura Adicional será aquele estabelecido na apólice de seguro de vida, que pode ser consultada na **Área de Clientes**.

6.1 Alteração do capital segurado

A pessoa segurada poderá solicitar a alteração do capital segurado desta cobertura a qualquer momento durante a vigência. O pagamento pelo seguro precisa estar em dia, nos termos das condições gerais e especiais respectivas.

Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de capital segurado para esta garantia e os pagamentos estabelecidos pela seguradora.

Caso haja alteração no capital segurado ou o encerramento da vigência de alguma cobertura de morte por qualquer causa da apólice, o capital segurado desta cobertura será obrigatoriamente adequado, para se manter entre os limites mínimo e máximo estabelecidos pela seguradora.

Caso a pessoa segurada solicite a redução do capital segurado, a seguradora pagará a ela a **reserva técnica** proporcional à redução, atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada desde a redução até o efetivo pagamento na forma da lei.

Para esta cobertura, considera-se como data do evento, para determinação do capital segurado, a data indicada pelo médico assistente na declaração médica da perda da autonomia pessoal.

A data da caracterização da perda da autonomia pessoal poderá ser estabelecida laudos oficiais, emitidos por profissionais médicos a qualquer tempo.

7 PAGAMENTO DO BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

Para pagamento do benefício, a seguradora deverá ser acionada pela pessoa segurada ou respectivo representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos nas condições especiais.

O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, observadas as condições gerais e demais disposições do seguro.

O prazo será suspenso todas as vezes que a seguradora precisar solicitar documentos pendentes e voltará a ser contado quando forem entregues.

Para ter direito ao benefício, é preciso que a pessoa segurada esteja viva 30 (trinta) dias após a data em que ocorreu a perda da autonomia pessoal.

O benefício será pago à pessoa segurada de forma única e integral.

A pessoa beneficiária, para esta cobertura, é a própria pessoa segurada. Se ela falecer antes do recebimento do benefício, quando já era seu direito, o pagamento será realizado às pessoas herdeiras, conforme a legislação vigente.

Os documentos básicos relacionados no **Anexo** podem ser necessários para análise e pagamento dos benefícios cobertos por este seguro.

Esta cobertura é cumulativa com as demais contratadas, para benefícios solicitados decorrentes de um mesmo evento.

8 SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO

Se as parcelas do seguro não forem pagas, essa cobertura será suspensa logo depois do período de tolerância, descrito nas condições gerais.

Não haverá cobrança de parcelas relativas ao **período de suspensão**.

Caso a pessoa segurada não solicite nenhuma alternativa citada nas condições gerais para reabilitação do seguro até o último dia do período de suspensão, **a seguradora cancelará a apólice**, com comunicação prévia.

Nesse caso, a pessoa segurada receberá o valor que tenha sido acumulado como **reserva técnica**, atualizado desde o cancelamento até o efetivo pagamento na forma da lei e tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE.

Em caso de reabilitação do seguro, o período de carência destas condições especiais terá sua contagem reiniciada a partir da data de expedição do aceite formal da reabilitação, feito pela seguradora.

9 FIM DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas cláusulas de Suspensão e reabilitação e Cancelamento das condições gerais, esta cobertura acaba ainda:

a) se ocorrer o cancelamento ou término da cobertura principal à qual esta cobertura adicional está vinculada, respeitado o período correspondente de pagamento;

b) se ocorrer o pagamento do benefício à pessoa segurada por perda da autonomia pessoal;

c) se ocorrer a mudança da cobertura principal, à qual esta cobertura adicional está vinculada, para o status **valor saldado** ou **benefício prolongado**; ou

d) se ocorrer a solicitação expressa da pessoa segurada para cancelar esta cobertura.

Se a pessoa segurada solicitar o cancelamento desta cobertura, a seguradora pagará a **reserva técnica** formada até o dia do cancelamento, atualizada monetariamente, com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

10 DISPOSIÇÕES GERAIS

Todas as regras previstas nas condições gerais orientam esta cobertura adicional. As exceções são as regras específicas sobre este produto, descritas nestas condições especiais.

Documentos necessários para pedir a indenização da cobertura Perda da Autonomia Pessoal

- formulário de acionamento do benefício para esta cobertura, fornecido pela seguradora, preenchido e assinado pela pessoa segurada ou seu representante legal.
- declaração médica assinada pelo médico assistente, indicando a data da efetiva perda da autonomia pessoal permanente. Na declaração médica, deverão constar: histórico médico, informações sobre as circunstâncias do evento e a caracterização da dependência de terceiros para realização de 4 (quatro) ou mais AVD. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e assinatura deste com firma reconhecida.
- declaração de sobrevivência da pessoa segurada.
- documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível.
- cópia do prontuário médico de internação hospitalar da pessoa segurada, em caso de ter havido internação.
- carteira nacional de habilitação da pessoa segurada, se condutora na ocasião do acidente.
- brevê de piloto e atestado de navegabilidade de aeronave da pessoa segurada, se pilota na ocasião do acidente.
- carteira de habilitação náutica da pessoa segurada, se pilota da embarcação na ocasião do acidente.
- resultado do exame de dosagem alcoólica no sangue e laudo toxicológico, se a pessoa segurada era a condutora do veículo, aeronave ou embarcação na ocasião do acidente.
- documento de identidade e CPF da pessoa segurada.
- certidão de nascimento da pessoa segurada, quando menor de 18 (dezoito) anos.
- comprovante de residência da pessoa segurada, não podendo ser anterior a 6 (seis) meses.

As declarações dos itens **b** e **c** são documentos obrigatórios para solicitar a análise do benefício.

COBERTURA ADICIONAL

Quebra de Ossos

Condições Especiais

Prudential | itaú

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Clique nos tópicos para consultar um item

1. Definições

2. O que o seguro cobre

3. Vigência (validade da cobertura)

4. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

5. Capital segurado

6. Pagamento do benefício (indenização)

7. Suspensão e reabilitação

8. Fim da cobertura

9. Disposições gerais

10. Anexo

Estas condições especiais se referem a uma cobertura adicional que pode ser contratada para integrar o seguro, aumentando a proteção.

Em caso de divergências, as regras destas condições especiais prevalecem sobre as regras das condições gerais.

Dúvidas? Entre em contato com nossos canais de atendimento.

1 DEFINIÇÕES

Serão usadas as mesmas definições do item **Explicação de termos técnicos** das condições gerais do seguro, além das definições a seguir:

Benefício adicional: capital segurado adicional a ser pago no caso de fratura exposta.

Evento coberto: ocorrência de fratura(s) óssea(s) especificada(s) nestas condições especiais causadas por acidente pessoal coberto durante a vigência da cobertura.

Fratura com crânio deprimido: fratura na qual há depressão óssea de um ou mais ossos do crânio, com consequente laceração dural e/ou lesão no cérebro subjacente.

Fratura completa: fratura em que o osso se quebra em dois ou mais fragmentos. É quando acontece a separação total das partes fraturadas.

Fratura exposta: é aquela em que ocorre comunicação de parte do osso lesionado, chamado foco da fratura, com o meio externo com perda de continuidade de pele.

Fratura incompleta ou fissura óssea: fratura em que não há separação total das partes.

Fratura patológica: aquelas nas quais o osso é fraturado em uma área enfraquecida por uma doença, como tumor ósseo, metástase de tumores, osteomielite, doenças do metabolismo ósseo e outras. São causadas por um grau de esforço que, se não fosse a área enfraquecida por uma doença, não resultaria em uma fratura.

Fratura por estresse: fratura resultante de um número repetitivo de movimentos em determinada região. Pode causar fadiga e desbalanço da atuação dos osteoblastos e osteoclastos e favorecer a ruptura óssea.

Luxação: é uma separação entre ossos que formam uma articulação, ou seja, quando um osso sai de sua posição anatômica correta.

Osteoporose: porosidade no osso causada por perda de massa óssea.

Para essa cobertura, o beneficiário é a própria pessoa segurada.

2 O QUE O SEGURO COBRE

A contratação e o pagamento em dia dessa cobertura garantem à pessoa segurada uma indenização decorrente de acidente pessoal coberto. Devem ser observados:

a) o percentual do capital segurado, conforme tabela de fraturas de ossos destas condições especiais;

b) os limites da garantia;

c) o que o seguro não cobre (riscos excluídos) e;

d) o capital segurado disponível para pagamento de benefícios.

Não há limite de eventos cobertos para essa cobertura.

Existem limites para o valor do capital segurado disponível para pagamento de benefícios.

A garantia só ocorrerá para os eventos cobertos ocorridos durante a vigência.

Idade mínima de contratação

14 (quatorze) anos

Idade máxima de contratação

até 75 (setenta e cinco) anos

Idade máxima de encerramento da cobertura: até 80 (oitenta) anos

Esta cobertura pagará um percentual do capital segurado em caso de fratura de ossos causada por acidente pessoal coberto, conforme a lista a seguir.

	Lista de fraturas de ossos ou grupo de ossos cobertos (apenas uma indenização por linha)	% sobre o capital segurado a ser indenizado
1	Braço “superior”: úmero direito e esquerdo	80%
2	Braço “superior”: úmero direito ou esquerdo	40%
3	Clavícula (direita ou esquerda) – apenas uma	30%
4	Clavículas (direita e esquerda) – ambas	60%
5	Cóccix ou sacro ou ambos	5%
6	Costelas: arcos costais direitos ou esquerdos, independentemente se um ou mais ossos ou partes ósseas	15%
7	Crânio com afundamento, independentemente se um ou mais ossos ou partes ósseas (Frontal, Parietais, Temporais, Occipital, Esfenoide)	100%
8	Crânio sem afundamento, independentemente se um ou mais ossos ou partes ósseas (Frontal, Parietais, Temporais, Occipital, Esfenoide)	50%
9	Dedo: fratura de ao menos 1 dedo (falanges proximais ou médias) de cada uma das mãos	10%
10	Dedo: fratura de ao menos 1 dedo (falanges proximais ou médias) em cada um dos pés	10%
11	Dedo: fratura de ao menos 2 dedos (falanges proximais ou médias) de um dos pés	5%
12	Dedo: fratura de ao menos 2 dedos (falanges proximais ou médias) de uma das mãos	5%
13	Escápula (direita ou esquerda) – apenas uma	40%
14	Escápulas (direita e esquerda) – ambas	70%

15	Esterno	25%
16	Face, independentemente se um ou mais ossos ou partes	40%
17	Fêmur (direito e esquerdo) – ambos	100%
18	Fêmur (direito ou esquerdo) – apenas um	50%
19	Fíbula ou tíbia de ambas as pernas, independentemente se é o mesmo osso ou parte óssea em ambas as pernas	60%
20	Fíbula ou tíbia de uma mesma perna, independentemente se um ou dois ossos ou partes ósseas na perna	30%
21	Ossos carpo ou metacarpo de ambas as mãos, independentemente se é o mesmo osso ou parte óssea em ambas as mãos	30%
22	Ossos carpo ou metacarpo de uma mesma mão, independentemente se um ou dois ossos ou partes ósseas da mão	15%
23	Ossos tarso ou metatarso de ambos os pés, independentemente se é o mesmo osso ou parte óssea em ambos os pés	30%
24	Ossos tarso ou metatarso de um mesmo pé, independentemente se um ou dois ossos ou partes ósseas do pé	15%
25	Patela (direita ou esquerda) – uma	25%
26	Patelas (direita e esquerda) – duas	50%
27	Pelve, independentemente se uma ou mais partes ósseas (ílio, ísquio, púbis)	80%
28	Ulna ou rádio de ambos os antebraços, independentemente se é o mesmo osso ou parte óssea em ambos os antebraços	50%

29	Ulna ou rádio de um mesmo antebraço, independentemente se um ou dois ossos ou partes ósseas do antebraço	**25%**
30	Vértebras Cervicais (C1 a C7) com fratura completa ou incompleta, independentemente se uma ou mais vértebras	**100%**
31	Vértebras Lombares (L1 a L5) com fratura completa, independentemente se uma ou mais vértebras	**100%**
32	Vértebras Torácicas (T1 a T12) com fratura completa, independentemente se uma ou mais vértebras	**100%**
33	Vértebras Torácicas (T1 a T12) ou Vértebras Lombares (L1 a L5) com fratura incompleta, independentemente se uma ou mais vértebras	**50%**

O valor a ser recebido não depende da quantidade de fraturas ocorridas no osso ou no grupo de ossos informado em cada linha da tabela.

O percentual indicado corresponde ao capital segurado total que será indenizado quando a ocorrência corresponder de forma exata às circunstâncias descritas em cada linha da tabela. É necessário levar em conta inclusive quando a descrição considerar a fratura simultânea em mais de um osso.

Caso ocorra mais de uma fratura causada por um mesmo acidente pessoal coberto, o valor total do benefício a ser pago será o somatório dos valores de cada fratura de ossos coberta ou grupo de ossos (estabelecidos nestas condições especiais e limitado ao capital segurado contratado e disponível).

Caso não haja pagamento de indenização no período de vigência, o capital segurado não será acumulativo para novas vigências.

3 VIGÊNCIA

A vigência desta cobertura será de **5 (cinco) anos** e corresponderá ao período de pagamento por essa cobertura.

A vigência de cada cobertura adicional poderá não coincidir com a vigência da cobertura principal, mas não poderá ultrapassá-la.

Mesmo que os pagamentos referentes à cobertura principal estejam quitados, a pessoa segurada poderá manter essa cobertura adicional desde que mantenha os pagamentos em dia.

A cobertura terá seu início e término de vigência na data indicada na apólice.

Não há carência para esta cobertura.

Este seguro tem prazo determinado e, na data de fim de vigência, a seguradora poderá não renovar a cobertura, independentemente do tempo ou relação contratual.

4 O QUE O SEGURO NÃO COBRE (RISCOS EXCLUÍDOS)

Além das exclusões previstas no item **O que o seguro não cobre (riscos excluídos)** das condições gerais, também não estão cobertos:

a) **todo tipo de fratura de ossos em consequência de osteoporose;**

b) **fraturas por estresse de forma geral, completas ou incompletas;**

c) **fratura ou quebra de dentes;**

d) **acidentes em que a pessoa segurada, sem a devida habilitação, for a condutora do veículo terrestre, aéreo ou marítimo que deu causa à fratura de ossos;**

e

acidentes e suas consequências ocorridos antes da data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência;

f

quaisquer doenças, inclusive profissionais, quaisquer que sejam suas causas, mesmo que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;

g

intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;

h

lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

i

autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa;

j

fratura de ossos decorrentes, resultantes ou derivadas de doenças prévias e de conhecimento da pessoa segurada antes do início da cobertura do seguro;

k

luxações ou deslocamentos de qualquer tipo ou natureza;

l

lesões ligamentares, tendinosas ou de cartilagens de qualquer tipo ou natureza;

m

fraturas patológicas de qualquer tipo ou natureza;

n

fraturas ocorridas nas falanges distais das mãos e dos pés;

o

fratura de nariz, exceto para fraturas de ossos da face ou do crânio que corresponderem de forma exata a alguma das linhas da Lista de fraturas de ossos ou grupo de ossos cobertos;

p **eventos que não se incluem no conceito de acidente pessoal, conforme definido nas condições gerais;**

q **amputação.**

5 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado contratado desta cobertura:

- constará na apólice.
- é cumulativo com outras coberturas, **exceto quando o mesmo evento acidental causar a morte da pessoa segurada.**
- será calculado aplicando o percentual indicado na tabela de fratura de ossos sobre o capital segurado contratado.

5.1 Limite do capital segurado disponível para pagamento de benefícios

A pessoa segurada poderá receber no máximo 100% do capital segurado vigente na cobertura, somando indenizações de eventos cobertos ocorridos no período de 12 meses contados a partir do início da vigência.

Será possível receber a indenização de um mesmo tipo de fratura de ossos, conforme tabela, desde que causada por diferentes eventos acidentais.

O capital segurado desta cobertura voltará para seu valor original e será atualizado monetariamente a cada 12 (doze) meses, independentemente de eventuais indenizações pagas, ou seja, ocorre uma reintegração de capital.

Quando alcançado o limite de capital segurado disponível para pagamento de indenizações, serão indenizáveis apenas eventos cobertos que ocorram a partir da reintegração do capital segurado desta cobertura conforme as condições especiais.

O limite de capital segurado disponível é alcançado quando 100% (cem por cento) do capital segurado vigente for pago à pessoa segurada na forma de benefícios. **Em hipótese alguma o capital segurado pode exceder este limite.**

Dentro do período de 12 (doze) meses, contados a partir do início de vigência da cobertura, se o capital segurado a ser indenizado superar o limite estabelecido nestas condições gerais, a indenização mais recente terá seu valor reduzido, para respeitar o limite de capital segurado disponível.

Esta cobertura prevê o pagamento de um benefício adicional de 50% (cinquenta por cento) do capital segurado em caso de fratura exposta. Nesses casos, o capital segurado será:

1) proporcional ao capital segurado disponível;

2) dentro do limite para pagamento de benefícios desta cobertura.

5.2 Alteração do capital segurado

A pessoa segurada poderá solicitar a alteração do capital segurado desta cobertura a qualquer momento durante a vigência por meio de formulário apropriado. Para que isso ocorra, é preciso que o seguro esteja vigente e os pagamentos em dia. Também devem ser respeitados os valores mínimo e máximo de capital segurado para esta cobertura e manter em dia os pagamentos estabelecidos pela seguradora.

Caso haja alteração no capital segurado ou na vigência de alguma cobertura de morte por qualquer causa da apólice, o capital segurado desta cobertura será obrigatoriamente adequado, para que sejam mantidos os limites mínimo e máximo estabelecidos pela seguradora.

Após a redução do capital segurado, as cobranças serão reduzidas na mesma proporção.

A estruturação técnica desta cobertura não prevê a formação da Reserva técnica. Desse modo, a redução ou o cancelamento desta cobertura não resultarão no pagamento de quaisquer valores à pessoa segurada.

6 PAGAMENTO DO BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

Para fins desta cobertura, a data do evento será a data de ocorrência do acidente pessoal coberto e será utilizada para efeito de determinação do capital segurado, no momento do pagamento do benefício.

O pagamento do benefício será um percentual do valor contratado de capital segurado. O percentual irá variar por evento coberto e pode ser consultado na **Lista de fraturas de ossos**.

Caso ocorra mais de uma fratura causada por um mesmo acidente pessoal coberto, o valor total do benefício será a soma dos valores correspondentes a cada fratura de ossos coberta ou grupo de ossos, conforme item **O que o seguro cobre** e o limite do capital segurado disponível para pagamento de benefícios.

O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, observadas as condições gerais e demais disposições do seguro.

O prazo será suspenso sempre que a seguradora precisar solicitar documentos pendentes e voltará a ser contado quando forem entregues.

O pagamento do benefício será realizado à pessoa segurada em parcela única e integral, referente a cada evento coberto.

Se a pessoa segurada falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era seu direito, o pagamento será realizado às pessoas herdeiras, conforme a legislação vigente.

Quando solicitados, deverão ser encaminhados os documentos do **Anexo** à seguradora.

A seguradora poderá solicitar documentos e/ou exames complementares para análise do benefício, entre eles, a densitometria óssea.

Esta cobertura é cumulativa com as demais contratadas, para benefícios solicitados decorrentes de um mesmo evento, **exceto quando o mesmo acidente causar a morte da pessoa segurada.**

7 SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO

Se as parcelas referentes ao seguro não forem pagas, essa cobertura será suspensa logo depois do **período de tolerância**, descrito nas condições gerais.

Não haverá cobrança de parcelas relativas ao período de suspensão.

Caso ocorra reabilitação do seguro, não haverá período de carência para essa cobertura.

Caso a pessoa segurada não solicite nenhuma alternativa citada nas condições gerais para reabilitação do seguro até o último dia do período de suspensão, a **seguradora efetivará o cancelamento da apólice, com comunicação prévia à pessoa segurada**.

8 FIM DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas cláusulas de **Suspensão e reabilitação** do seguro e **Cancelamento** do seguro das condições gerais, esta cobertura será encerrada nas situações descritas a seguir:

a) cancelamento ou término da cobertura principal à qual esta cobertura adicional está vinculada, respeitado o período correspondente de pagamento;

b) mudança da cobertura principal à qual esta cobertura adicional está vinculada para status **Valor saldado** ou **Benefício prolongado**; ou

c) solicitação expressa da pessoa segurada para cancelar esta cobertura.

A estruturação técnica desta cobertura não prevê a formação da Reserva técnica. Desse modo, o cancelamento desta cobertura não resultará no pagamento de quaisquer valores à pessoa segurada.

9 DISPOSIÇÕES GERAIS

Todas as regras previstas nas condições gerais orientam esta cobertura adicional. As exceções são as regras específicas sobre este produto, descritas nestas condições especiais.

Documentação para Solicitação de Benefícios

- formulário de acionamento do benefício, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pela pessoa segurada;
- documento assinado pelo médico assistente da pessoa segurada, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante.
- O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
- documento de Identidade e CPF da pessoa segurada quando maior de 18 (dezoito) anos, ou certidão de nascimento, quando menor de 18 (dezoito) anos;
- comprovante de residência do segurado, não podendo ser anterior a 6 (seis) meses;
- boletim de ocorrência e/ou ficha de atendimento hospitalar;
- exames comprobatórios da fratura (raio-X, tomografia entre outros) com o respectivo laudo médico;

COBERTURA ADICIONAL

Renda Hospitalar

Condições Especiais

Prudential | itaú

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Clique nos tópicos para consultar um item

1. Definições

2. O que o seguro cobre

3. Vigência

4. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

5. Carência

6. Franquia

7. Pagamento do benefício (indenização)

8. Diária segurada

9. Suspensão e reabilitação

10. Fim da cobertura

11. Disposições gerais

12. Anexo

Estas condições especiais se referem a uma cobertura adicional que pode ser contratada para integrar o seguro, aumentando a proteção.

Em caso de divergências, as regras destas condições especiais prevalecem sobre as regras das condições gerais.

Dúvidas? Entre em contato com nossos canais de atendimento.

1 DEFINIÇÕES

Serão usadas as mesmas definições do item **Explicação de termos técnicos** das condições gerais do seguro, além das definições a seguir:

Diária segurada: valor a ser pago à pessoa segurada em caso de evento coberto. Esse valor constará na apólice. Esse valor não tem relação com o valor da diária de internação cobrada pelo hospital/clínica e demais despesas efetuadas pela pessoa segurada.

Doença: perturbação das condições de saúde da pessoa segurada, caracterizada por um processo mórbido que exija sua internação hospitalar. Não se enquadra na classificação de acidente pessoal.

Evento coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, indenizável pelas garantias abrangidas pelo seguro contratado. Para fins desta cobertura será a internação hospitalar.

Franquia: é o período em dias, contado da data do evento coberto, durante o qual a pessoa segurada não terá direito ao recebimento da diária segurada.

Garantia: obrigações que a seguradora assume perante a pessoa segurada em caso de um evento coberto contratado.

Hospital/clínica: estabelecimento legalmente autorizado a funcionar como tal, e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) profissional de medicina e 1 (um) profissional de enfermagem diplomados, com serviço de enfermaria, com a possibilidade de pacientes permanecerem em internação por 24 (vinte e quatro) horas.

Internação hospitalar: regime de internação em hospital/clínica, caracterizado pela necessidade de acompanhamento médico que não possa ser realizado em regime ambulatorial.

Médico assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente a própria pessoa segurada, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

Unidade de Terapia Intensiva (UTI): área especializada dentro da estrutura hospitalar que reúne equipamentos de alta complexidade tecnológica e equipe multidisciplinar especializada para a realização de tratamentos em terapia intensiva. Os cuidados ministrados a pacientes deverão compreender:

a) cuidados para estabilizar os sistemas fisiológicos principais para manutenção da vida e

b) cuidados que não possam ser executados em outras unidades do hospital devido a técnicas próprias de UTI.

Para essa cobertura, o beneficiário é a própria pessoa segurada.

2 O QUE O SEGURO COBRE

A contratação desta cobertura e o respectivo pagamento em dia garantem à pessoa segurada o pagamento de uma diária segurada para cada dia de internação hospitalar por motivo de doença ou acidente pessoal coberto.

Para cada dia de internação hospitalar em UTI, a diária segurada será paga em dobro.

Deverão ser respeitados os limites da garantia, os riscos excluídos, o período de carência e franquia e demais termos previstos contratualmente para esta cobertura.

Idade mínima de contratação	Idade máxima de contratação
14 (quatorze) anos	até 75 (setenta e cinco) anos

Idade máxima de encerramento da cobertura:	até 80 (oitenta) anos

3 VIGÊNCIA

A cobertura terá seu início e término de vigência na data indicada na apólice.

A vigência desta cobertura será de **5 (cinco) anos**. Nesse período, deverão ser pagas as parcelas referentes a esta cobertura.

A vigência de cada cobertura adicional poderá não coincidir com a vigência da cobertura principal, mas não poderá ultrapassá-la.

Mesmo que os pagamentos da cobertura principal estejam quitados, a pessoa segurada poderá manter essa cobertura adicional, por meio do pagamento correspondente.

4 O QUE O SEGURO NÃO COBRE (RISCOS EXCLUÍDOS)

Além das exclusões previstas item O que o seguro não cobre (riscos excluídos) das condições gerais, estão excluídas desta cobertura as internações hospitalares para a realização ou decorrentes dos itens a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

a) tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;

b) tratamentos da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças a ela relacionadas;

c) diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;

d) tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos;

e) qualquer procedimento relacionado a gravidez, parto ou aborto, exceto em caso de acidente pessoal;

f) exame ou check-up preventivo;

g) qualquer procedimento estético, tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento;

h) cirurgias plásticas em geral, exceto as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidente pessoal ocorrido na vigência do seguro;

i) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;

j) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;

k) tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados à tentativa de suicídio ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro, ou após novo prazo de 2 (dois) anos da reabilitação do seguro, ou atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;

l) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;

m) tratamentos envolvendo homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;

n) tratamento e/ou cirurgia de hérnias de qualquer natureza, exceto em caso de acidente pessoal;

o) internação domiciliar, mesmo que decorrente de acidente pessoal;

p) tratamento cirúrgico devido a artroscopia e desvio de septo nasal;

q) investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;

r) angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares);

s) qualquer classe de neoplasia maligna (câncer) sem invasão ou in situ (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão e

t) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com estes, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC) ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo.

5 CARÊNCIA

Somente serão cobertos os eventos ocorridos após 90 (noventa) dias do início da vigência.

Não haverá carência nos casos em que a internação for proveniente de acidente pessoal ocorrido após o início da vigência desta cobertura.

6 FRANQUIA

A franquia desta cobertura é de 4 dias.

Somente estarão cobertas as internações hospitalares efetivadas a partir do 5º dia da internação hospitalar, incluído o 5º dia.

A partir do 5º dia de internação, a pessoa segurada terá direito ao benefício, sendo pagas inclusive as diárias retroativas relativas ao período da franquia.

7 PAGAMENTO DO BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

O pagamento de benefício desta cobertura ocorrerá em até 30 (trinta) dias da data de entrega de todos os documentos, observados o item **Acionamento do seguro** das condições gerais e demais disposições do seguro.

Os documentos básicos que podem ser solicitados pela seguradora para análise e pagamento do benefício estão no **Anexo**.

A seguradora poderá solicitar documentos e/ou exames complementares para verificação do fato ocorrido e da existência de cobertura.

O benefício será pago à pessoa segurada de forma única e integral.

As diárias serão pagas após a alta médica da pessoa segurada e apresentação dos documentos/informações do **Anexo**, destas condições especiais.

Em caso de internações por período superior a 30 (trinta) dias, é possível o pagamento antecipado do benefício a cada 30 (trinta) dias de internação, finalizando o processo após a alta médica.

A pessoa segurada ou representante legal deverá manifestar a intenção do recebimento do benefício antecipado por meio dos documentos/informações relacionados no Anexo, destas condições especiais.

Se a pessoa segurada falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era seu direito, o pagamento será realizado às pessoas herdeiras, conforme a legislação vigente.

Esta cobertura é cumulativa com as demais contratadas, para benefícios solicitados decorrentes de um mesmo evento.

8 DIÁRIA SEGURADA

O valor da diária segurada contratada será estabelecida e constará na apólice.

O saldo da **Reserva técnica** será capitalizado mensalmente pela taxa de juros equivalente a 2% a.a. enquanto a cobertura estiver em vigor.

8.1 Alteração da diária segurada

A pessoa segurada poderá solicitar a alteração do valor da diária segurada, observado o item **Capital segurado** das condições gerais. É preciso que o seguro esteja vigente e com os pagamentos em dia.

Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de diária segurada e dos pagamentos estabelecidos pela seguradora.

Se a pessoa segurada solicitar a redução da diária segurada desta cobertura, a seguradora pagará a ela a **reserva técnica** proporcional à redução, atualizada monetariamente com base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, na forma da lei, desde a redução até o efetivo pagamento.

Reduzido o valor da diária segurada, o responsável pelo pagamento deverá continuar pagando as parcelas da cobertura contratada para mantê-la vigente. O valor das parcelas a pagar pelo seguro será reduzido na mesma proporção da redução do valor da diária segurada.

Para efeito de determinação da diária segurada, a data do evento será a data da internação hospitalar e/ou a data da internação hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva.

9 SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO

Se as parcelas do seguro não forem pagas, essa cobertura será suspensa logo depois do **período de tolerância**, descrito nas condições gerais, com comunicação prévia à pessoa segurada.

> Em caso de reabilitação do seguro, o período de carência desta cobertura terá sua contagem de 90 (noventa) dias reiniciada. Esse prazo começará a contar a partir da data em que a seguradora comunicar que aceitou a reabilitação.

Não solicitada quaisquer das alternativas do item **Suspensão e reabilitação**, das condições gerais, até o último dia do período de suspensão, a seguradora cancelará a cobertura, com comunicação prévia à pessoa segurada.

Nesse caso, a seguradora pagará a pessoa a **reserva técnica** formada até o dia do cancelamento, atualizada monetariamente com base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

10 FIM DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas cláusulas de **Suspensão e reabilitação** e **Cancelamento**, das condições gerais do seguro, esta cobertura se encerra ainda:

a) com o pagamento do total de diárias permitidas por vigência desta cobertura, conforme item **O que o seguro cobre**, destas condições especiais;

b) com o cancelamento ou término da cobertura principal à qual esta cobertura adicional está vinculada, respeitado o período correspondente de pagamento;

c) com a mudança da cobertura principal, à qual esta cobertura adicional está vinculada, para o status **valor saldado** ou **benefício prolongado**; ou

d) com a solicitação expressa da pessoa segurada para cancelar esta cobertura.

10 DISPOSIÇÕES GERAIS

Todas as regras previstas nas condições gerais orientam esta cobertura adicional. As exceções são as regras específicas sobre este produto, descritas nestas condições especiais.

Documentação para Solicitação de Benefícios

- formulário de acionamento do benefício, fornecido pela seguradora, devidamente-preenchido e assinado pela pessoa segurada;
- documento assinado pelo médico assistente da pessoa segurada, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
- documento de identidade e CPF da pessoa segurada, quando maior de 18 (dezoito) anos, ou certidão de nascimento, quando menor de 18 (dezoito) anos;
- comprovante de residência da pessoa segurada, não podendo ser anterior a 6 (seis) meses;
- comprovante de renda;
- comprovante de profissão;
- carteira nacional de habilitação (se a pessoa segurada era a condutora na ocasião do acidente);
- resultado do exame de dosagem alcoólica no sangue e laudo toxicológico (se a pessoa segurada era a condutora na ocasião do acidente);
- cópia completa do prontuário hospitalar devidamente assinado pelo médico responsável;
- comprovante da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverão constar o período e o motivo da internação;
- brevê de piloto e atestado de navegabilidade de aeronave (se a pessoa segurada sofreu acidente aéreo e era ela a pilota na ocasião do acidente);
- carteira de habilitação náutica (se a pessoa segurada sofreu acidente náutico e era ela a pilota da embarcação na ocasião do acidente);
- boletim de ocorrência policial ou certidão de ocorrência policial;
- exames realizados que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- resultado do exame de corpo delito realizado pelo IML (se tiver sido realizado); e
- Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT (se o acidente ocorreu no local de trabalho).

COBERTURA ADICIONAL

Temporário

(Morte por qualquer causa)

Condições Especiais

Prudential | itaú

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Clique nos tópicos para consultar um item

1. Definições

2. O que o seguro cobre

3. Vigência (validade da cobertura)

4. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

5. Capital segurado

6. Acionamento do seguro

7. Pagamento do benefício (indenização)

8. Suspensão e reabilitação

9. Fim da cobertura

10. Disposições gerais

Estas condições especiais se referem a uma cobertura adicional que pode ser contratada para integrar o seguro, aumentando a proteção.

Em caso de divergências, as regras destas condições especiais prevalecem sobre as regras das condições gerais.

Dúvidas? Entre em contato com nossos canais de atendimento.

1 DEFINIÇÕES

Serão usadas as mesmas definições do item **Explicação de termos técnicos** das condições gerais do seguro.

2 O QUE O SEGURO COBRE

A contratação e o pagamento em dia dos valores relativos a esta cobertura garantem o recebimento do benefício durante o período de vigência em caso de:

a) morte da pessoa segurada por quaisquer causas, naturais ou acidentais ou
b) invalidez permanente e total por acidente da pessoa segurada.

Em caso de **invalidez permanente e majorada por acidente da pessoa segurada**, em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de pagamento desta cobertura, a seguradora não cobrará mais os pagamentos referentes a esta cobertura.

A invalidez só será devida se a apólice for contratada com cobertura principal de invalidez permanente e total por acidente.

Se a pessoa segurada for diagnosticada com uma **doença em estágio terminal**, conforme item **O que o seguro cobre**, das condições gerais, poderá solicitar antecipação total ou parcial do pagamento do benefício desta cobertura.

A idade mínima para contratação desta cobertura é **14 (quatorze) anos** e a idade máxima é de até **75 (setenta e cinco) anos**, conforme opções de período de pagamento.

Para cada opção de período de pagamento existe uma idade máxima de contratação.

Verifique as opções de período de pagamento disponíveis para a sua idade no momento da contratação.

A idade máxima de saída desta cobertura é até os **80 (oitenta) anos** de idade da pessoa segurada.

3 VIGÊNCIA (VALIDADE DA COBERTURA)

A vigência desta cobertura será estabelecida na apólice e corresponderá ao período de pagamento das parcelas referentes a esta cobertura, conforme opções a seguir:

Período de cobertura	Período de pagamento
Por 5 anos	Por 5 anos
Por 10 anos	Por 10 anos

A vigência de cada cobertura adicional poderá não coincidir com a vigência da cobertura principal, mas não poderá ultrapassá-la.

Mesmo que os pagamentos referentes à cobertura principal estejam quitados, a pessoa segurada poderá manter essa cobertura adicional, desde que realize os pagamentos correspondentes.

A cobertura terá seu início e término na data indicada na apólice. Não há carência para esta cobertura.

4 O QUE O SEGURO NÃO COBRE (RISCOS EXCLUÍDOS)

Os riscos excluídos são situações em que não há cobertura pela apólice de seguro, mesmo durante o período de vigência.

Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas no item O que o seguro não cobre (riscos excluídos) das condições gerais. Nesses casos, a pessoa segurada não terá direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.

5 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado desta cobertura estará disponível na apólice.

5.1 Alteração do capital segurado

A pessoa segurada poderá solicitar a alteração do capital segurado desta cobertura a qualquer momento durante a vigência. O pagamento dos valores referentes ao seguro precisa estar em dia, nos termos das condições gerais e destas condições especiais.

Para manter o seguro em vigor deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de capital segurado para esta cobertura e os pagamentos estabelecidos pela seguradora.

Caso a pessoa segurada solicite a redução do capital segurado, a seguradora pagará a ela a reserva técnica proporcional à redução, atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada desde a redução até o efetivo pagamento na forma da lei.

6 ACIONAMENTO DO SEGURO

Se ocorrer um evento coberto, este deverá ser comunicado à seguradora em formulário próprio, acompanhado dos documentos previstos no item Acionamento do seguro das condições gerais.

7 PAGAMENTO DO BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

O pagamento do benefício desta cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, observadas as condições gerais e demais disposições do seguro.

O prazo será suspenso todas as vezes que a seguradora precisar solicitar documentos pendentes e voltará a ser contado quando forem entregues.

O benefício será pago nas formas estabelecidas no item **Opções para recebimento do benefício**, das condições gerais.

Para determinar o valor do capital segurado atualizado a ser pago, consideramos a data do evento coberto:

1. No caso de morte: a data da morte.

2. Para acidentes pessoais, inclusive morte acidental: a data do acidente.

Esta cobertura é cumulativa com as demais contratadas, para benefícios solicitados decorrentes de um mesmo evento.

8 SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO

Se o pagamento dos valores referentes ao seguro não for feito, esta cobertura será suspensa logo depois do **período de tolerância**, descrito nas condições gerais, com comunicação prévia à pessoa segurada.

Não haverá cobrança de parcelas relativas ao período de suspensão.

Caso a pessoa segurada não solicite nenhuma alternativa citada nas condições gerais para reabilitação do seguro até o último dia do período de suspensão, a seguradora cancelará a apólice, com comunicação prévia à pessoa segurada.

Nesse caso, a seguradora pagará a pessoa a **reserva técnica** formada até o dia do cancelamento, atualizada monetariamente com base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

9 FIM DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nos itens **Suspensão e reabilitação** e **Cancelamento**, das condições gerais, esta cobertura se encerra ainda com:

a) o cancelamento ou fim da cobertura principal à qual está cobertura adicional está vinculada, respeitado o período correspondente de pagamento;

b) o pagamento do benefício de morte previsto nesta cobertura;

c) o pagamento do benefício a pessoa segurada por invalidez permanente e total por acidente;

d) a mudança da cobertura principal, à qual está cobertura adicional está vinculada, para status **valor saldado** ou **benefício prolongado**; ou

e) solicitação expressa da pessoa segurada para cancelar a cobertura.

Se a pessoa segurada solicitar o cancelamento desta cobertura, a seguradora pagará a **Reserva técnica** formada até o dia do cancelamento da cobertura, atualizada monetariamente, com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

10 DISPOSIÇÕES GERAIS

Todas as regras previstas nas condições gerais orientam esta cobertura adicional. As exceções são as regras específicas sobre este produto, descritas nestas condições especiais.

COBERTURA ADICIONAL

Temporário Cônjuge

(Morte por qualquer causa)

Condições Especiais

Prudential | itaú

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Clique nos tópicos para consultar um item

1. Definições

2. O que o seguro cobre

3. Vigência (validade da cobertura)

4. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

5. Capital segurado

6. Acionamento do seguro

7. Pagamento do benefício (indenização)

8. Fim da cobertura

9. Disposições gerais

10. Anexos

Estas condições especiais se referem a uma cobertura adicional que pode ser contratada para integrar o seguro, aumentando a proteção.

Em caso de divergências, as regras destas condições especiais prevalecem sobre as regras das condições gerais.

Dúvidas? Entre em contato com nossos canais de atendimento.

1 DEFINIÇÕES

Serão usadas as mesmas definições do item **Explicação de termos técnicos** das condições gerais do seguro.

Cônjuge/companheiro: cônjuge é o parceiro legalmente vinculado por casamento, enquanto Companheiro é a pessoa com quem se mantém união estável, caracterizada conforme a lei e a jurisprudência. Para efeitos dessa cobertura, o Companheiro será equiparado a Cônjuge.

Cônjuge segurado: para fins desta cobertura, a pessoa segurada será o Cônjuge/Companheiro do titular da apólice, desde que a sociedade conjugal ou união estável esteja devidamente comprovado no período compreendido entre as datas investigação da doença e de início dos procedimentos e exames médicos e a ocorrência do evento coberto.

Convivência: relação caracterizada pela vida em comum entre duas pessoas, pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituir família, configurando união estável, independentemente de formalização por declaração registrada em cartório ou por escritura pública de união estável.

A pessoa segurada nesta cobertura é o cônjuge segurado, no momento do acionamento do benefício. O beneficiário desta cobertura são os herdeiros legais do conjuge segurado.

O novo cônjuge segurado será considerado como cônjuge/companheiro se, na data da caracterização do evento, o titular da apólice já estava separado judicialmente ou de fato.

Leia atentamente os itens O que o seguro cobre e O que o seguro não cobre (riscos excluídos), destas condições especiais Por exemplo: nem todo tipo de câncer está coberto por estas condições especiais.

2 O QUE O SEGURO COBRE

A contratação e o pagamento em dia dos valores relativos a esta cobertura garantem o recebimento do benefício durante o período de vigência em caso de:

a) morte da pessoa segurada por quaisquer causas, naturais ou acidentais ou

b) invalidez permanente e total por acidente da pessoa segurada.

Em caso de **invalidez permanente e majorada por acidente do titular da apólice**, em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de pagamento desta cobertura, a seguradora não cobrará mais os pagamentos referentes a esta cobertura.

A invalidez só será devida se o titular da apólice contratar a cobertura principal de invalidez permanente e total por acidente.

Se o cônjuge segurado for diagnosticado com uma **doença em estágio terminal**, conforme item **O que o seguro cobre**, das condições gerais, poderá solicitar antecipação total ou parcial do pagamento do benefício desta cobertura.

A contratação e a vigência desta cobertura adicional está condicionada à contratação e vigência da cobertura adicional Temporário (morte qualquer causa) pelo titular da apólice, sendo esta cobertura adicional um espelho da cobertura adicional Temporário do titular da apólice. **Isto é, as garantias, condições de preço e de emissão da apólice serão estritamente as mesmas do titular da apólice.**

A identificação do cônjuge segurado ocorrerá no momento de regulação do benefício. Para elegibilidade à indenização desta cobertura, o cônjuge segurado deverá atender aos critérios a seguir:

Será devido o benefício decorrente desta cobertura adicional se atendidos todos os critérios a seguir:

- A condição de cônjuge/companheiro deve ser comprovada e anterior à data do diagnóstico e ao início dos procedimentos e exames médicos de investigação da doença;
- Na data do evento coberto, o cônjuge segurado deve apresentar idade entre o mínimo e o máximo exigido nesta cobertura;
- A cobertura de Temporário (morte qualquer causa) do titular da apólice estiver ativa.

A **idade mínima para contratação** desta cobertura é **16 (dezesseis) anos** e a **idade máxima** é de até **75 (setenta e cinco) anos** de idade da pessoa segurada, conforme opções de período de pagamento.

A **idade máxima de saída** desta cobertura é até os **80 (oitenta) anos**, ou seja, a solicitação de indenização desta cobertura é inelegível a cônjuges com idade superior a 80 (oitenta) anos e, ainda, esta cobertura adicional será cancelada quando o titular da apólice alcançar a idade de saída prevista na condição especial da cobertura adicional Temporário.

Leia atentamente os itens O que o seguro cobre e O que o seguro não cobre (riscos excluídos) destas condições especiais.

3 VIGÊNCIA (VALIDADE DA COBERTURA)

A vigência desta cobertura será estabelecida na apólice e corresponderá ao período de pagamento das parcelas referentes a esta cobertura, conforme opções a seguir:

Período de cobertura	Período de pagamento
Por 5 anos	Por 5 anos
Por 10 anos	Por 10 anos

A vigência de cada cobertura adicional poderá não coincidir com a vigência da cobertura principal, mas não poderá ultrapassá-la.

Mesmo que os pagamentos da cobertura principal estejam quitados, o titular da apólice poderá manter esta cobertura adicional Temporário Cônjuge, por meio do pagamento correspondente à esta e à cobertura adicional Temporário do titular da apólice.

A cobertura terá seu início e término na data indicada na apólice. Não há carência para esta cobertura.

4 O QUE O SEGURO NÃO COBRE (RISCOS EXCLUÍDOS)

Os riscos excluídos são situações em que não há cobertura pela apólice de seguro, mesmo durante o período de vigência.

Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas no item O que o seguro não cobre (riscos excluídos) das condições gerais. Nesses casos, o cônjuge segurado não terá direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.

5 CAPITAL SEGURADO

O valor do capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e estará disponível na apólice de seguro de vida, que poderá ser consultada na **Área de Clientes**.

O valor do capital segurado máximo desta cobertura adicional Temporário Cônjuge corresponde a 50% (cinquenta por cento) do capital segurado da cobertura adicional Temporário do titular da apólice, respeitado o valor máximo estabelecido pela Seguradora.

5.1 Alteração do capital segurado

A alteração do capital segurado desta cobertura adicional Temporário Cônjuge, pelo titular da apólice, está condicionada à alteração do capital segurado da cobertura adicional Temporário do titular da apólice. Essa alteração somente poderá ser solicitada pelo titular da apólice, por meio de formulário apropriado, a qualquer momento durante a vigência.

A alteração do capital segurado da cobertura adicional Temporário solicitada pelo titular da apólice impactará proporcionalmente o valor do capital segurado desta cobertura adicional Temporário Cônjuge, mantendo a condição de 50% (cinquenta por cento) do valor do capital segurado da cobertura Temporário do titular da apólice.

Para manter o seguro em vigor deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de capital segurado para esta cobertura e os pagamentos estabelecidos pela seguradora.

Caso o titular da apólice solicite a redução do capital segurado desta cobertura adicional Temporário Cônjuge, a seguradora pagará ao titular da apólice a **Reserva Técnica** proporcional à redução, atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada desde a redução até o efetivo pagamento na forma da lei ao titular da apólice, por meio de crédito em conta de sua própria titularidade constituída no Brasil.

6 ACIONAMENTO DO SEGURO

Na ocorrência de evento coberto, este deverá ser comunicado à seguradora em formulário próprio, acompanhado dos documentos previstos no item **Acionamento do seguro** das condições gerais e dos documentos que podem ser solicitados no **Anexo**.

7 PAGAMENTO DO BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

O pagamento do benefício desta cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, observadas as condições gerais e demais disposições do seguro.

O prazo será suspenso todas as vezes que a seguradora precisar solicitar documentos pendentes e voltará a ser contado quando forem entregues.

O benefício será pago nas formas estabelecidas no item **Opções para recebimento do benefício**, das condições gerais.

A identificação do cônjuge segurado será realizada no momento da regulação do benefício. Os documentos do **Anexo** podem ser necessários para análise e pagamento dos benefícios cobertos por este seguro. Se solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora.

A seguradora poderá solicitar documentos e/ou exames complementares para verificação do fato ocorrido e da existência de cobertura.

Para determinar o valor do capital segurado atualizado a ser pago, consideramos a data do evento coberto:

1. No caso de morte: a data da morte.
2. Para acidentes pessoais, inclusive morte acidental: a data do acidente.

Esta cobertura é cumulativa com as demais coberturas adicionais destinadas aos cônjuges contratadas, para benefícios solicitados decorrentes de um mesmo evento.

8 FIM DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas no item **Cancelamento** das condições gerais, esta cobertura se encerra ainda com:

a) **O cancelamento ou término da cobertura principal do titular da apólice ou da cobertura adicional Temporário do titular da apólice à qual esta cobertura adicional está vinculada, respeitado o período correspondente de pagamento;**

b) **O pagamento do benefício de morte do cônjuge segurado previsto nesta cobertura adicional Temporário Cônjuge,ou pagamento do benefício de morte do titular da apólice;**

c) **O pagamento integral do benefício de invalidez permanente e total por acidente previsto nesta cobertura adicional Temporário Cônjuge; ou pagamento integral do benefício de invalidez permanente e total por acidente do titular da apólice;**

d) **A mudança da cobertura principal, à qual esta cobertura adicional está vinculada, para status valor saldado ou benefício prolongado;**

e) **Solicitação expressa do titular da apólice para cancelar a cobertura;**

f) **no final do prazo de vigência desta cobertura adicional Temporário Cônjuge informada na apólice;**

g) **quando o cônjuge segurado alcançar a idade de saída prevista nesta cobertura adicional Temporário Cônjuge ou quando o titular da apólice alcançar a idade de saída prevista na cobertura adicional Temporário.**

As definições de valor saldado e benefício prolongado constam nas condições gerais.

Caso o titular da apólice solicite o cancelamento da cobertura adicional Temporário Cônjuge, a seguradora pagará ao titular da apólice a **Reserva técnica** formada até o dia do cancelamento da cobertura, atualizada monetariamente, com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento ao titular da apólice, por meio de crédito em conta de sua própria titularidade constituída no Brasil.

9 DISPOSIÇÕES GERAIS

Todas as regras previstas nas condições gerais orientam esta cobertura adicional. As exceções são as regras específicas sobre este produto, descritas nestas condições especiais.

Documentos necessários para pedido de indenização da cobertura Temporário Cônjuge

Além dos documentos previstos no item Acionamento do seguro das condições gerais, devem ser apresentados, para garantia de indenização desta cobertura, os documentos a seguir:

a) Formulário de acionamento do benefício específico para esta cobertura adicional, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo cônjuge segurado ou seu representante legal;

b) Documento assinado pelo médico assistente do cônjuge segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo, com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;

c) Certidão de óbito do cônjuge segurado;

d) Boletim de ocorrência policial, em caso de morte violenta ou suspeita;

e) Laudo de necropsia (laudo do exame cadavérico do Instituto Médico Legal – IML), em caso de morte violenta ou suspeita;

f) Auto de reconhecimento de cadáver, exame odonto-legal de reconhecimento ou de DNA, se a morte for por carbonização;

g) Cópia do prontuário médico de internação hospitalar do cônjuge segurado, se houve internação;

h) Documento de Identidade e CPF do cônjuge segurado;

i) Comprovante de residência do cônjuge segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses.

j) Certidão de casamento ou declaração de união estável registrada em cartório ou escritura pública de união estável.

A data de assinatura da declaração de união estável ou da escritura pública de união estável deverá ser anterior à data de início dos procedimentos e exames médicos relacionados à investigação da doença. Essa exigência se aplica mesmo que tenha sido declarada, no documento, data retroativa de início da convivência.

Na ausência da certidão de casamento, declaração de união estável registrada em cartório ou escritura pública de união estável, deverão ser apresentados elementos que comprovem, através de ao menos 3 (três) dos documentos listados abaixo, (i) a Convivência do casal em data anterior à data de início dos procedimentos médicos, exames e investigação da doença; e (ii) a Convivência do casal na data do evento segurado:

1. Declarações de imposto de renda, com recibo de entrega, que identifique o conjuge Segurado como dependente do titular da apólice, sendo:

   a) uma referente ao exercício anterior ao ano de início dos procedimentos médicos, exames e investigação da doença;

   b) uma referente ao último exercício disponível;

2. Comprovantes de conta bancária conjunta do cônjuge segurado e do Titular da Apólice;

3. Certidão de nascimento de filho havido em comum;

4. Comprovantes de residência (contas de luz, água, gás ou telefone fixo) em nome do cônjuge segurado e do titular da Apólice, emitidos até 3 (três) meses antes da data de aviso do sinistro;

5. Faturas de cartões de crédito que demonstrem cartão adicional em nome do cônjuge segurado em conta de titularidade do titular da apólice, emitidos até 3 (três) meses antes da data de aviso do sinistro;

6. Registro em associação de qualquer natureza, do qual conste o(a) companheiro(a) como dependente do segurado;

7. Certidão de casamento religioso;

8. Disposições testamentárias.

COBERTURA ADICIONAL

Temporário Decrescente

(Morte por qualquer causa)

Condições Especiais

Prudential | itaú

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Clique nos tópicos para consultar um item

1. Definições

2. O que o seguro cobre

3. Vigência (validade da cobertura)

4. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

5. Capital segurado

6. Acionamento do seguro

7. Pagamento do benefício (indenização)

8. Suspensão e reabilitação

9. Fim da cobertura

10. Disposições gerais

11. Tabela de decréscimo do capital segurado

Estas condições especiais se referem a uma cobertura adicional que pode ser contratada para integrar o seguro, aumentando a proteção.

Em caso de divergências, as regras destas condições especiais prevalecem sobre as regras das condições gerais.

Dúvidas? Entre em contato com nossos canais de atendimento.

1 DEFINIÇÕES

Serão usadas as mesmas definições do item **Explicação de termos técnicos** das condições gerais do seguro, além da definição a seguir:

Valor Segurado: valor para base de cálculo do benefício, correspondente ao capital segurado vigente, reduzido anualmente, na data de aniversário da apólice. Tal valor deve ser estabelecido em função da vigência do seguro contratado, conforme a **Tabela de decréscimo do capital segurado**, constante destas condições especiais, respeitado o capital segurado mínimo estabelecido pela seguradora.

2 O QUE O SEGURO COBRE

A contratação e o pagamento em dia dos valores relativos a esta cobertura garantem o recebimento do benefício durante o período de vigência em caso de:

a) morte da pessoa segurada por quaisquer causas, naturais ou acidentais ou

b) invalidez permanente e total por acidente da pessoa segurada.

Em caso de **invalidez permanente e majorada por acidente da pessoa segurada**, em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de pagamento desta cobertura, a seguradora não cobrará mais os pagamentos referentes a esta cobertura.

A invalidez só será devida se a apólice for contratada com cobertura principal de invalidez permanente e total por acidente.

A idade mínima para contratação desta cobertura é **14 (quatorze) anos** e a idade máxima é de até **70 (setenta) anos**, conforme opções de período de pagamento.

Para cada opção de período de pagamento existe uma idade máxima de contratação.

Verifique as opções de período de pagamento disponíveis para a sua idade no momento da contratação.

A idade máxima de saída desta cobertura é até os **80 anos** de idade da pessoa segurada.

3 VIGÊNCIA (VALIDADE DA COBERTURA)

A vigência desta cobertura será estabelecida na apólice e corresponderá ao período de pagamento referentes a esta cobertura, conforme opções a seguir:

Período de cobertura	Período de pagamento
Por 10 anos	Por 10 anos
Por 15 anos	Por 15 anos
Por 20 anos	Por 20 anos
Por 25 anos	Por 25 anos
Por 30 anos	Por 30 anos

A vigência de cada cobertura adicional poderá não coincidir com a vigência da cobertura principal, mas não poderá ultrapassá-la.

Mesmo que os pagamentos referentes à cobertura principal estejam quitados, a pessoa segurada poderá manter essa cobertura adicional, desde que realize os pagamentos correspondentes.

A cobertura terá seu início e término na data indicada na apólice.

Não há carência para esta cobertura.

Esta cobertura se encerrará automaticamente no fim do período de vigência contratado.

4 O QUE O SEGURO NÃO COBRE (RISCOS EXCLUÍDOS)

Os riscos excluídos são situações em que não há cobertura, mesmo durante a vigência do seguro.

Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas no item O que o seguro não cobre (riscos excluídos), das condições gerais. Nesses casos, a pessoa segurada não terá direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.

5 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado desta cobertura estará disponível na apólice.

O valor segurado será um percentual do capital segurado vigente à época, de acordo com o prazo escolhido e a vigência do seguro, conforme definido na **Tabela de decréscimo do capital segurado** destas condições especiais.

5.1 Alteração do capital segurado

A pessoa segurada poderá solicitar a alteração do capital segurado desta cobertura a qualquer momento durante a vigência. O pagamento dos valores relativos ao seguro precisa estar em dia, nos termos das condições gerais e especiais respectivas.

Para manter o seguro em vigor deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de capital segurado para esta garantia e os pagamentos estabelecidos pela seguradora.

Caso a pessoa segurada solicite a redução do capital segurado, a seguradora pagará a ela a **reserva técnica** proporcional à redução, atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada desde a redução até o efetivo pagamento na forma da lei.

6 ACIONAMENTO DO SEGURO

Se ocorrer um evento coberto, este deverá ser comunicado à seguradora em formulário próprio, acompanhado dos documentos previstos no item **Acionamento do seguro** das condições gerais.

7 PAGAMENTO DO BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, observadas as condições gerais e demais disposições do seguro.

O prazo será suspenso todas as vezes que a seguradora precisar solicitar documentos pendentes e voltará a ser contado quando forem entregues.

O benefício será pago nas formas estabelecidas no item **Opções para recebimento do benefício**, das condições gerais.

Para determinar o valor do capital segurado atualizado a ser pago, consideramos a data do evento coberto:

1. No caso de morte: a data da morte.

2. Para acidentes pessoais, inclusive morte acidental: a data do acidente.

Esta cobertura é cumulativa com as demais contratadas, para benefícios solicitados decorrentes de um mesmo evento.

8 SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO

Se as parcelas do seguro não forem pagas, essa cobertura será suspensa logo depois do período de tolerância, descrito nas condições gerais, com comunicação prévia à pessoa segurada.

Não haverá cobrança de parcelas relativas ao período de suspensão.

Caso a pessoa segurada não solicite nenhuma alternativa citada nas condições gerais para reabilitação do seguro até o último dia do período de suspensão, a seguradora cancelará a apólice, com comunicação prévia à pessoa segurada.

Nesse caso, a seguradora pagará a pessoa a **reserva técnica** formada até o dia do cancelamento, atualizada monetariamente com base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

9 FIM DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas cláusulas de **Suspensão e reabilitação** e **Cancelamento** das condições gerais, esta cobertura se encerra com:

a) o cancelamento ou fim da cobertura principal à qual esta cobertura adicional está vinculada, respeitado o período correspondente de pagamento;

b) o pagamento do benefício de morte previsto nesta cobertura;

c) o pagamento do benefício a pessoa segurada por invalidez permanente e total por acidente;

d) a mudança da cobertura principal, à qual esta cobertura adicional está vinculada, para o status **valor saldado** ou **benefício prolongado**; ou

e) a solicitação expressa da pessoa segurada para cancelar esta cobertura.

Se a pessoa segurada solicitar o cancelamento desta cobertura, a seguradora pagará a **reserva técnica** formada até o dia do cancelamento da cobertura, atualizada monetariamente, com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

10 DISPOSIÇÕES GERAIS

Todas as regras previstas nas condições gerais orientam esta cobertura adicional. As exceções são as regras específicas sobre este produto, descritas nestas condições especiais.

11 TABELA DE DECRÉSCIMO DO CAPITAL SEGURADO

De acordo com o prazo escolhido e a vigência do seguro, o valor segurado será o percentual do capital segurado vigente à época, conforme a seguir:

Ano de Vigência da Apólice	Período de Cobertura				
	10 anos	15 anos	20 anos	25 anos	30 anos
1	100%	100%	100%	100%	100%
2	90%	93%	95%	96%	97%
3	80%	87%	90%	92%	93%
4	70%	80%	85%	88%	90%
5	60%	73%	80%	84%	87%
6	50%	67%	75%	80%	83%
7	40%	60%	70%	76%	80%
8	30%	53%	65%	72%	77%
9	20%	47%	60%	68%	73%
10	20%	40%	55%	64%	70%
11		33%	50%	60%	67%
12		27%	45%	56%	63%
13		20%	40%	52%	60%
14		20%	35%	48%	57%
15		20%	30%	44%	53%

16	25%	40%	50%
17	20%	36%	47%
18	20%	32%	43%
19	20%	28%	40%
20	20%	24%	37%
21		20%	33%
22		20%	30%
23		20%	27%
24		20%	23%
25		20%	20%
26			20%
27			20%
28			20%
29			20%
30			20%

COBERTURA ADICIONAL

Temporário Preferencial

(Morte por qualquer causa)

Condições Especiais

Prudential | itaú

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Clique nos tópicos para consultar um item

1. Definições

2. O que o seguro cobre

3. Vigência (validade da cobertura)

4. O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

5. Capital segurado

6. Acionamento do seguro

7. Pagamento do benefício (indenização)

8. Suspensão e reabilitação

9. Fim da cobertura

10. Disposições gerais

Estas condições especiais se referem a uma cobertura adicional que pode ser contratada para integrar o seguro, aumentando a proteção.

Em caso de divergências, as regras destas condições especiais prevalecem sobre as regras das condições gerais.

Dúvidas? Entre em contato com nossos canais de atendimento.

1 DEFINIÇÕES

Serão usadas as mesmas definições do item **Explicação de termos técnicos** das condições gerais do seguro.

2 O QUE O SEGURO COBRE

A contratação e o pagamento em dia dos valores relativos a esta cobertura garantem o recebimento do benefício durante o período de vigência em caso de:

a) morte da pessoa segurada por quaisquer causas, naturais ou acidentais ou

b) invalidez permanente e total por acidente da pessoa segurada.

Em caso de **invalidez permanente e majorada por acidente da pessoa segurada**, em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de pagamento desta cobertura, a seguradora não cobrará mais os pagamentos referentes a esta cobertura.

A invalidez só será devida se a apólice for contratada com cobertura principal de invalidez permanente e total por acidente.

Se a pessoa segurada for diagnosticada com uma **doença em estágio terminal**, conforme item **O que o seguro cobre**, das condições gerais, poderá solicitar antecipação total ou parcial do pagamento do benefício desta cobertura.

A idade mínima para contratação desta cobertura é **14 (quatorze) anos** e a idade máxima é de até **65 (sessenta e cinco) anos**, conforme opções de período de pagamento.

Para cada opção de período de pagamento existe uma idade máxima de contratação.

Verifique as opções de período de pagamento disponíveis para a sua idade no momento da contratação.

A idade máxima de saída desta cobertura é até os **75 (setenta e cinco) anos** de idade da pessoa segurada.

3 VIGÊNCIA (VALIDADE DA COBERTURA)

A vigência será estabelecida na apólice e corresponderá ao período de pagamento das parcelas referentes a esta cobertura, conforme opções a seguir:

Período de cobertura	Período de pagamento
Por 10 anos	Por 10 anos
Por 20 anos	Por 20 anos
Por 30 anos	Por 30 anos

A vigência de cada cobertura adicional poderá não coincidir com a vigência da cobertura principal, mas não poderá ultrapassá-la.

Mesmo que os pagamentos referentes à cobertura principal estejam quitados, a pessoa segurada poderá manter essa cobertura adicional, desde que realize os pagamentos correspondentes.

A cobertura terá seu início e término nas datas indicadas na apólice. Não há carência para esta cobertura.

4 O QUE O SEGURO NÃO COBRE (RISCOS EXCLUÍDOS)

Os riscos excluídos são situações em que não há cobertura pela apólice de seguro, mesmo durante o período de vigência.

Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas no item O que o seguro não cobre (riscos excluídos), das condições gerais. Nesses casos, a pessoa segurada não terá direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.

5 CAPITAL SEGURADO

O capital segurado desta cobertura estará disponível na apólice.

5.1 Alteração do capital segurado

A pessoa segurada poderá solicitar a alteração do capital segurado desta cobertura a qualquer momento durante a vigência. O pagamento dos valores relativos ao seguro precisa estar em dia, nos termos das condições gerais e destas condições especiais.

Para manter o seguro em vigor deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de capital segurado para esta garantia e os pagamentos estabelecidos pela seguradora.

Caso a pessoa segurada solicite a redução do capital segurado, a seguradora pagará a ela a reserva técnica proporcional à redução, atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada desde a redução até o efetivo pagamento na forma da lei.

6 ACIONAMENTO DO SEGURO

Se ocorrer um evento coberto, este deverá ser comunicado à seguradora em formulário próprio, acompanhado dos documentos previstos no item Acionamento do seguro das condições gerais.

7 PAGAMENTO DO BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, observadas as condições gerais e demais disposições do seguro.

O prazo será suspenso todas as vezes que a seguradora precisar solicitar documentos pendentes e voltará a ser contado quando forem entregues.

O benefício será pago nas formas estabelecidas no item **Opções para recebimento do benefício**, das condições gerais.

Para determinar o valor do capital segurado atualizado a ser pago, consideramos a data do evento coberto:

1. No caso de morte: a data da morte.

2. Para acidentes pessoais, inclusive morte acidental: a data do acidente.

Esta cobertura é cumulativa com as demais contratadas, para benefícios solicitados decorrentes de um mesmo evento.

8 SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO

Se as parcelas do seguro não forem pagas, essa cobertura será suspensa logo depois do **Período de Tolerância**, descrito nas condições gerais, com comunicação prévia à pessoa segurada.

Não haverá cobrança de parcelas relativas ao **período de suspensão.**

Caso a pessoa segurada não solicite nenhuma alternativa citada nas condições gerais para reabilitação do seguro até o último dia do período de suspensão, a seguradora cancelará a apólice, com comunicação prévia à pessoa segurada.

Nesse caso, a pessoa segurada receberá o valor que tenha sido acumulado como **reserva técnica**, atualizado desde o cancelamento até o efetivo pagamento na forma da lei e tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE.

9 FIM DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nos itens **Suspensão e reabilitação** e **Cancelamento** das condições gerais, esta cobertura se encerra ainda com:

a) o cancelamento ou fim da cobertura principal à qual esta cobertura adicional está vinculada, respeitado o período correspondente de pagamento;

b) o pagamento do benefício de morte previsto nesta cobertura;

c) o pagamento do benefício à pessoa segurada por invalidez permanente e total por acidente;

d) a mudança da cobertura principal, à qual esta cobertura adicional está vinculada, para o status valor saldado ou benefício prolongado; ou

e) a solicitação expressa da pessoa segurada para cancelar esta cobertura.

Se a pessoa segurada solicitar o cancelamento desta cobertura, a seguradora pagará a Reserva técnica formada até o dia do cancelamento da cobertura, atualizada monetariamente, com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

10 DISPOSIÇÕES GERAIS

Todas as regras previstas nas condições gerais orientam esta cobertura adicional. As exceções são as regras específicas sobre este produto, descritas nestas condições especiais.

Área de Clientes

Acesse e confira informações sobre sua apólice

Prudential Responde

Solicitações e esclarecimentos sobre sua apólice.

De 2ª a 6ª, das 8h às 20h (exceto feriados)

assistente.cliente@prudential.com

Atendimento exclusivo para segurados com apólice contratada pelo Itaú

3003 7785

0800 200 7808

+55 21 3003 7785

SAC

Sugestões, reclamações,
Cancelamentos e informações gerais

0800 282 5907

24h por Whatsapp e das 8h às 20h por telefone

0800 024 0025
Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou de fala

Ouvidoria

Solicitações não resolvidas já tratadas pelos canais de atendimento.

0800 200 0110

De 2ª a 6ª, das 8h30 às 17h (exceto feriados)

ouvidoria@prudential.com