



SEGURO INDIVIDUAL - DOENÇAS GRAVES AMPLIADAS (DGA)

Condições Gerais
Processo SUSEP nº 15414.613016/2021-25

SUMÁRIO

1.	OBJETIVO DO SEGURO	3
2.	DEFINIÇÕES.....	3
3.	COBERTURA DO SEGURO	8
4.	RISCOS COBERTOS	9
5.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	10
6.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA.....	14
7.	CARÊNCIA	15
8.	ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	15
9.	VIGÊNCIA DO SEGURO	17
10.	CAPITAL SEGURADO.....	17
11.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	19
12.	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	22
13.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR IDADE:	22
14.	PRAZO DE TOLERÂNCIA.....	23
15.	PERDA DE DIREITO	24
16.	CANCELAMENTO DO SEGURO	26
17.	OBRIGAÇÕES.....	27
18.	BENEFICIÁRIOS.....	27
19.	REGULAÇÃO DE SINISTROS.....	28
20.	COMPROVAÇÃO DO SINISTRO.....	32
21.	REGIME FINANCEIRO.....	33
22.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	33
23.	SUB-ROGAÇÃO.....	33
24.	FORO	33
25.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	33

1. OBJETIVO DO SEGURO

Garantir o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s) limitado ao Capital Segurado contratado, em caso de diagnóstico definitivo de doença grave ampliada, conforme estabelecido no item *Cobertura do Seguro* destas Condições Gerais, ocorrido durante a Vigência da Cobertura do Segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as Condições Contratuais.

DEVIDO À NATUREZA DO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, ESTE PLANO NÃO PERMITE CONCESSÃO DE RESGATE OU DEVOLUÇÃO DE QUAISQUER PRÊMIOS PAGOS, UMA VEZ QUE CADA PRÊMIO É DESTINADO A CUSTEAR AS INDENIZAÇÕES DOS SINISTROS OCORRIDOS NO MESMO PERÍODO, ESTIMADOS PELO RISCO DE OCORRÊNCIA DO EVENTO COBERTO, NÃO HAVENDO, PORTANTO, A CONSTITUIÇÃO DE RESERVA MATEMÁTICA.

O Seguro comercializado pela CAPEMISA é um seguro individual de doenças graves. Sendo assim, tal produto não se caracteriza como plano de previdência privada, aposentadoria ou investimento e não têm como objetivo proporcionar ganhos financeiros ao Segurado ou seu(s) Beneficiário(s).

2. DEFINIÇÕES

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

Excluem-se deste conceito:

- 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 as Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "Invalidez Acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido acima;
- e) Acidente vascular cerebral (AVC), por ser uma Doença caracterizada por déficit neurológico como resultado de distúrbio na circulação cerebral, não caracteriza Acidente Pessoal para fins deste Seguro.

2.2 Apólice de Seguro: É o documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

2.3 Aviso de Sinistro: É a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou Terceiros Interessados é(são) obrigado(s) a fazer à Seguradora assim que tenha seu conhecimento. O aviso só é configurado a partir da entrega da documentação completa.

2.4 Beneficiário: O(s) Beneficiário(s) são as pessoas designadas para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. De acordo com as definições da cobertura contratada, o(s) Beneficiário(s) pode(m) ser o próprio Segurado, ou aquele(s) indicados(s) livremente pelo Segurado em um documento hábil, ou ainda, na ausência de indicação, aquele(s) em conformidade com a legislação aplicável à herança. A indicação, quando for o caso, pode ser substituída, a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida, datada e assinada pelo próprio Segurado.

2.5 Boa-Fé: É um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade e transparência na interpretação dos termos do Contrato e na determinação dos compromissos assumidos.

2.6 Cancelamento do Seguro: É a extinção do Contrato de Seguro antes do término de sua Vigência por algum dos motivos previstos nestas Condições Gerais.

2.7 Capital Segurado: É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora como indenização, na ocorrência do sinistro coberto, durante a vigência da Apólice, respeitando as Condições Gerais.

2.8 Carregamento: É o percentual que incide sobre o prêmio, definindo à importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização da Seguradora.

2.9 Coberturas: São os riscos assumidos pela Seguradora perante o Segurado, através de suas Condições Contratuais, e que geram direito à indenização quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

2.10 Coberturas de Risco: São as coberturas do Seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada.

2.11 Condições Contratuais: É o conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas Condições Gerais e Especiais.

2.12 Condições Gerais: É o conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem direitos e obrigações da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários, bem como as características gerais do Seguro.

2.13 Consignante: É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento, dos prêmios devidos pelos Segurados e pelo seu respectivo repasse em favor da Seguradora.

2.14 Contrato de Seguro: É o documento que estabelece para uma das partes (Seguradora), mediante pagamento (Prêmio) pela outra parte (Segurado), a obrigação de pagar, a esta, determinada importância, no caso de ocorrência de um Sinistro. É constituído de 2 (dois) documentos principais, a saber: a Proposta e a Apólice. Na Proposta, o Proponente do Seguro fornece as informações necessárias para a avaliação do Risco, e, caso a Seguradora opte pela Aceitação do mesmo, é emitida a Apólice, formalizando a contratação do seguro.

2.15 Corretor de Seguros: É a pessoa física ou jurídica, legalmente habilitada e autorizada a angariar e a promover Contratos de Seguro, sendo remunerada mediante o pagamento de comissões estabelecidas para o produto ou contratação.

2.16 Data do Evento: É a data da ocorrência do sinistro do risco coberto.

2.17 Declaração Pessoal de Saúde (DPS): É o conjunto de informações fornecidas pelo Proponente à Seguradora sobre suas condições de saúde, seu histórico médico familiar e suas atividades, que configura parte integrante da Proposta de Contratação, em que o Segurado responsabiliza-se pela veracidade e integralidade das informações prestadas.

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

2.19 Doença Grave Coberta: São as doenças especificadas no item *Riscos Cobertos* destas Condições Gerais, respeitadas as definições, caracterizações e exclusões de cada uma dessas doenças.

2.20 Doenças ou Lesões Preexistentes: As doenças, lesões ou sequelas, inclusive as congênitas, contraídas antes da data de contratação do Seguro, que são de prévio conhecimento do Segurado, e que, se não forem declaradas na Proposta de Contratação, não geram para o Segurado ou Beneficiário o direito à Indenização.

2.21 Endosso: É o documento emitido pela CAPEMISA, por intermédio do qual são alterados dados e condições do Contrato de comum acordo com o Segurado.

2.22 Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela cobertura contemplada nestas Condições Gerais, desde que contratadas na Apólice.

2.23 Formulário de Aviso de Sinistro: É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora e que deve ser preenchido e enviado à CAPEMISA, pelo Segurado, Beneficiário ou Terceiro interessado, logo que tenha conhecimento da ocorrência do sinistro.

2.24 Indenização: É o valor a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência do evento coberto, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

2.25 Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

2.26 Liquidação de Sinistro: É o processo para pagamento da indenização ao(s) Beneficiário(s).

2.27 Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do Segurado. Não serão aceitos como médico o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

2.28 Nota Técnica Atuarial: É o documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as Condições Contratuais.

2.29 Período de Cobertura: É o período, contado a partir do início de vigência, durante o qual o(s) Beneficiário(s), em caso de ocorrência do sinistro, fará(ão) jus à indenização, limitada ao Capital Segurado contratado, observado o período de carência e franquia, se houver.

2.30 Plano de Seguro: É o conjunto dos documentos composto por estas Condições Gerais e pela Nota Técnica Atuarial que definem as características deste Seguro, comercializado pela Seguradora. O Plano de Seguro é submetido à SUSEP, para autorização de comercialização.

2.31 Prazo de Carência: É o período, contado a partir da data de início de vigência da Cobertura Contratada, ou do aumento do Capital Segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento integral do Capital Segurado contratado ou da parte aumentada, como indenização.

2.32 Prazo de Tolerância: É o período contado a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do pagamento do prêmio vencido e não pago, durante o qual o Segurado ainda fará jus à cobertura contratada.

2.33 Prêmio: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do Seguro.

2.34 Proponente: É a pessoa física interessada em contratar a cobertura de Seguro, apresentando à Seguradora uma Proposta de Contratação com informações de sua responsabilidade.

2.35 Proposta de Contratação: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, expressa a intenção de contratar

a cobertura do Seguro, manifestando pleno conhecimento das regras estabelecidas nas Condições Contratuais.

2.36 Regime Financeiro de Repartição Simples: É a estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos ocorridos nesse período.

2.37 Risco: É o evento futuro ou incerto, de natureza súbita e imprevista, que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o Seguro.

2.38 Riscos Excluídos: São aqueles riscos previstos nas Condições Gerais, que não serão cobertos pelo plano.

2.39 Segurado: É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro, caso aceito pela Seguradora.

2.40 Seguradora: É a Empresa, devidamente constituída e legalmente autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, que nos termos destas Condições Gerais é a Capemisa Seguradora de Vida e Previdência S/A.

2.41 Seguro: É o Contrato pelo qual uma das partes (Seguradora) se obriga, mediante pagamento de prêmio pelo Segurado, a indenizar outra (Beneficiário(s)) pela ocorrência de determinados eventos ou por eventuais prejuízos. É a proteção econômica que o indivíduo busca para prevenir-se contra a necessidade aleatória.

2.42 Sinistro: É a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de Seguro.

2.43 Superintendência de Seguros Privados (SUSEP): Autarquia responsável pelo controle e fiscalização do mercado de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

2.44 Vigência do Seguro: É o período no qual a Apólice de seguro está em vigor.

3. COBERTURA DO SEGURO

3.1 O Seguro terá a cobertura descrita abaixo:

3.1.1 Doenças Graves Ampliadas: Pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado contratado, em caso de diagnóstico definitivo de uma das doenças graves descritas no item *Riscos Cobertos*, adquiridas durante o período de cobertura, desde que o segurado sobreviva por 30 (trinta) dias corridos após a data do primeiro diagnóstico, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as Condições Contratuais.

4. RISCOS COBERTOS

Para fins desta Cobertura são consideradas Doenças Graves as seguintes patologias:

- a) **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** diagnóstico de acidente vascular cerebral, isquêmico ou hemorrágico com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, desde que cause sequela neurológica definitiva ou morte comprovada do tecido cerebral;
- b) **Cirurgia Coronariana:** diagnóstico de insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), que resulte da necessidade de realização de cirurgia de forma a restabelecer o fluxo sanguíneo adequado ao músculo cardíaco;
- c) **Infarto agudo do Miocárdio:** diagnóstico de morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida;
- d) **Insuficiência Renal Crônica:** diagnóstico de falência funcional de ambos os rins, de caráter permanente e irreversível, e estar realizando diálise peritoneal e/ou hemodiálise permanente ou transplante;
- e) **Neoplasia (Câncer):** doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.
- f) **Transplante de Órgãos:** transplante de órgãos em que o Segurado participa como receptor dos órgãos: coração, fígado, medula óssea, pâncreas ou pulmão, desde que o transplante seja comprovado como único recurso para recuperação do órgão afetado.
- g) **Doença de Parkinson Grave:** Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários).

- h) **Insuficiência Hepática Crônica:** Diagnóstico inequívoco de doença hepática crônica irreversível ou cirrose hepática avançada.
- i) **Lúpus Eritematoso Sistêmico:** doença crônica inflamatória de caráter autoimune, caracterizada por diversos sinais e sintomas, cujos desenvolvimentos dependem do local acometido pelo seu processo inflamatório.
- j) **Doença de Alzheimer:** Deterioração da capacidade intelectual ou comportamento anormal, apresentado pelo estado clínico e aos questionários padronizados a respeito da doença de Alzheimer, ou de alterações orgânicas irreversíveis, excluindo neurose e doenças psiquiátricas que resultam na diminuição importante do funcionamento social e que requer supervisão contínua do segurado.
- k) **Esclerose múltipla:** Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas.
- l) **Embolia Pulmonar:** É bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Estão expressamente excluídos da cobertura deste seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- c) atos de Terrorismo Nuclear, Biológico ou Químico. Perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor estas Condições Gerais;

- d) movimentos populares, represálias, restrições à livre circulação, greves, explosões, emissão de calor ou radiação provenientes da transmutação ou desintegração de núcleo atômico, de radioatividade ou outros casos de força maior que impeçam a intervenção da Seguradora;
- e) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) utilização de instrumentos de guerra ou armas de fogo, salvo se proveniente de serviço militar;
- g) participação em disputas ou duelos (amadores e profissionais);
- h) doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, não declarados na Proposta de Contratação e de conhecimento do Segurado;
- i) doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER), 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;
- j) acidentes sofridos antes da contratação do Seguro, ainda que suas consequências se manifestem durante a Vigência da Cobertura do Segurado;
- k) o suicídio, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos da Vigência da Cobertura Contratada;
- l) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;
- m) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, choque anafilático, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, desde que decorrentes de acidente pessoal não coberto;
- n) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;
- o) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- p) perda de dentes e danos estéticos;
- q) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (SNFMF);

- r) diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes ou pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com ele, ainda que estes sejam médicos profissionais habilitados;
- s) atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante Legal, de um ou de outro;
- t) atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada;
- u) para pessoas com deficiência (PCD):
 - Lesões e/ou doenças relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes, devidamente evidentes como direta e/ou indiretamente relacionadas à causa da deficiência física e/ou às suas repercussões, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;
 - Condições clínicas advindas de qualquer complicação, inclusas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos;
 - Lesões e disfunções preexistentes de qualquer natureza e expressão e suas respectivas consequências, que tenham sido induzidas, precipitadas e/ou facilitadas pela deficiência física do Segurado e/ou por quaisquer de suas interdependências patológicas e/ou disfuncionais, mesmo que temporárias, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação.
- v) danos morais;
- w) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”;
- x) Os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, infarto do miocárdio, trombose e outros do mesmo gênero);
- y) Cirrose Alcoólica;
- z) Condução de veículo sem a devida habilitação (CNH) para a respectiva categoria;
- aa) Doenças, lesões, invalidez ou enfermidades preexistentes à data de início de vigência de inclusão da Cobertura de Doenças Graves Ampliadas, não declarados na Proposta Individual de Adesão e de conhecimento do Segurado.
- bb) no caso de Acidente Vascular Cerebral:
 - ataques isquêmicos transitórios e deficiência neurológicas isquêmicas;

- qualquer alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral;
- lesão cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
- sintomas neurológicos provocados por enxaquecas;
- Infartos lacunares sem déficit neurológico;

cc) no caso de Cirurgia Coronariana:

- angioplastia;
- qualquer outro tipo de cirurgia cardíaca que não vise à correção de insuficiência coronariana.

dd) no caso de Infarto agudo do Miocárdio:

- angina do peito incluindo angina estável e instável;
- angina decúbito;
- infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T";
- outras síndromes coronarianas agudas;

ee) no caso de Insuficiência Renal Crônica:

- insuficiência renal aguda e/ou crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

ff) no caso de Neoplasia:

- melanoma não invasivo ou classificado in situ, incluindo displasia cervical e outras lesões pré-neoplásicas;
- câncer de pele se não for melanoma maligno;
- carcinoma basocelular e espinocelular;
- Sarcoma de Kaposi e outros tumores associados a AIDS;
- hiperplasia benigna da próstata;

gg) no caso de Transplante de Órgãos Vitais:

- transplante de tecidos;

- qualquer autotransplante;
- demais órgãos ou células, exceto os transplantes cobertos previstos no item Riscos Cobertos, alínea “f”.

hh) no caso de Doença de Parkinson:

- se for desencadeada pelo uso de certos medicamentos e, pela suspensão destes, houver regressão do quadro neurológico, não estará reconhecido o direito à Cobertura;
- os quadros de Síndrome de Parkinson consequentes a acidentes ou dependência química do Segurado;
- Tremor essencial.

ii) no caso de Lúpus Eritematoso Sistêmico:

- outras doenças autoimunes;
- outros tipos de Lúpus.

jj) no caso Doença de Alzheimer:

- eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a outros tipos de demência.

kk) no caso Doença de Esclerose Múltipla:

- doença na fase inicial ou que esteja em remissão (sem sintomas).

ll) no caso Embolia Pulmonar:

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

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

7. CARÊNCIA

7.1 É o período, contado a partir da data de início de vigência da Cobertura Contratada, ou do aumento do Capital Segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento integral do Capital Segurado contratado ou da parte aumentada, como indenização.

7.2 Fica estipulado o prazo de carência de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da Cobertura Contratada.

7.2.1 Poderá haver a isenção de carência, a exclusivo critério da Seguradora, conforme análise do risco. A carência definida será apresentada na Apólice do Segurado.

7.3 Haverá Carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da Cobertura Contratada.

7.4 Fica estipulado o prazo de carência de 90 (noventa) dias, aos aumentos de Capital Segurado solicitados após o início de vigência, a partir da data do início de vigência do Endosso de aumento de capital segurado, sobre a parte aumentada.

7.4.1 Poderá haver a isenção de carência, a exclusivo critério da Seguradora, conforme análise do risco. A carência definida será apresentada na Apólice do Segurado.

7.5 Não se aplica a devolução ou resgate de prêmios pagos em caso de morte ou ocorrência do sinistro do Segurado durante o Período de Carência.

7.6 O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1 A aceitação do Contrato de Seguro somente será feita mediante Proposta de Contratação datada e assinada pelo Proponente ou seu Representante Legal.

8.2 O preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde (DPS) para análise do risco, quando da contratação da cobertura e em casos de aumento do capital segurado é obrigatório, podendo, a critério exclusivo da Seguradora, facultar ou dispensar seu preenchimento.

8.3 Poderão adquirir este Seguro os Proponentes que, na data de assinatura da Proposta de Contratação tenham idade mínima de 16 (dezesesseis) anos e máxima 65 (sessenta e cinco) anos de idade, com residência fixa no Brasil.

8.4 A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a não aceitação da Proposta de Contratação, contados a partir da data de seu recebimento, seja para Seguros novos, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. No caso do término do prazo de 15 (quinze) dias sem que tenha ocorrido manifestação por parte da Seguradora, se caracterizará a aceitação tácita da proposta.

8.5 A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo, neste caso, suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega completa da documentação.

8.6 No caso de não aceitação da Proposta de Contratação, a Seguradora deverá enviar, obrigatoriamente, uma comunicação formal ao Proponente, justificando a recusa, devidamente fundamentada.

8.7 Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor futuro para pagamento parcial ou total de Prêmio, a Seguradora deverá restituir ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data de formalização da recusa, o valor do adiantamento, integralmente ou deduzido da parcela “*pro rata temporis*” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado pela variação do índice definido no item *Atualização Monetária* destas Condições Gerais, entre o último índice publicado antes da data do adiantamento e o último publicado antes da data da sua efetiva devolução. Nesse caso, há cobertura do risco durante o período entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

8.8 Aceita a Proposta de Contratação, a Seguradora emitirá e disponibilizará ao Segurado a Apólice, em até 15 (quinze) dias a partir da data de sua aceitação.

8.9 Se o Segurado tiver sido aceito no Seguro com idade acima do limite fixado na Apólice, por inexatidão na informação de sua data de nascimento ou por qualquer outro motivo, o Segurado perderá o direito à cobertura, sem direito a qualquer devolução de prêmio, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido, ainda que a constatação do erro na idade aconteça quando ocorrer algum evento coberto pela Apólice.

8.9.1 Se a inexatidão ou omissão na informação de sua idade ou data de nascimento, por qualquer motivo, não resultar de má-fé do Segurado, deverá ser considerado o disposto no item *Perda de Direito* destas Condições Gerais.

9. VIGÊNCIA DO SEGURO

9.1 **O prazo de vigência para este seguro encerra-se quando o Segurado completar 70 (setenta) anos de idade.**

9.2 A Apólice e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte quatro) horas das datas para tal fim neles indicados.

9.2.1 Nos Contratos de Seguro, cujas Propostas de Contratação, assinadas pelo Proponente ou por seu Representante Legal, tenham sido recepcionadas sem pagamento de Prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta.

9.2.2 Nos Contratos de Seguro cujas Propostas de Contratação, assinadas pelo Proponente ou por seu Representante Legal, tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor, pelo meio de pagamento definido na proposta de contratação, para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio, desde que aceite o risco, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

9.3 O primeiro prêmio emitido corresponderá à cobertura do risco contratado a partir do início de vigência da Apólice, até o final do período equivalente à periodicidade de pagamento escolhida (mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual).

9.3.1 Cada prêmio emitido seguinte terá seu início de vigência correspondente da cobertura do risco contratado no dia subsequente ao fim de vigência do prêmio anterior, que vigorará até o final do período equivalente à periodicidade de pagamento escolhida (mensal, bimestral, trimestral semestral ou anual).

10. CAPITAL SEGURADO

10.1 Entende-se como Capital Segurado o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

10.2 Nos Seguros de Pessoas, o Capital Segurado é livremente estipulado pelo Segurado e preenchido na Proposta de Contratação, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

10.3 Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional, estando vedada à utilização de qualquer outra unidade monetária.

10.4 O valor da indenização, no momento do sinistro, não poderá ultrapassar o valor do Capital Segurado estipulado na Proposta de Contratação, salvo em caso de atualização monetária (reajuste) ou mora da Seguradora.

10.5 O valor do Prêmio e do Capital Segurado serão atualizados monetariamente conforme disposto no item *Atualização Monetária*.

10.6 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do diagnóstico definitivo da doença grave coberta, comprovado por resultado de exame anátomo-patológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

10.7 Alteração do Capital Segurado:

10.7.1 O Segurado poderá solicitar, a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os Prêmios pagos em dia, a alteração do Capital Segurado, que será formalizada por meio de Proposta de Alteração submetida à Seguradora.

10.7.2 A aceitação da alteração de Capital Segurado estará sujeita à análise de risco, conforme previsto no item *Aceitação do Seguro* destas Condições Gerais. Esta alteração somente produzirá efeito após a aceitação formalizada por meio de Endosso e emissão do novo prêmio correspondente ao Capital Segurado alterado.

10.7.3 Sobre o aumento de Capital Segurado solicitado após o início de vigência, será aplicado o prazo de carência sobre a diferença do Capital Segurado aumentado, conforme previsto no item *Carência* destas condições gerais.

10.7.4 É vedada a redução por parte da Seguradora do valor do Capital Segurado contratado, sem solicitação expressa do Segurado.

10.7.5 Caso existam outras coberturas na mesma Apólice que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado contratado.

11. PAGAMENTO DO PRÊMIO

11.1 O Segurado deverá efetuar o pagamento integral de cada prêmio de acordo com o meio de pagamento selecionado na Proposta de Contratação, sendo de sua inteira responsabilidade garantir a comprovação de que todos os prêmios foram pagos de forma correta.

11.1.1 A comprovação do pagamento, quando necessária, ocorrerá por meio do envio de um documento suporte comprobatório, referente a qualquer um dos meios de pagamento disponíveis. Neste caso, caberá à CAPEMISA verificar as informações junto à instituição de cobrança conveniada.

11.2 Quando o meio de pagamento selecionado na Proposta de Contratação for averbação em folha de pagamento, deverão ser observados os critérios elencados a seguir:

11.2.1 Caso o pagamento do prêmio do plano contratado seja processado com sucesso, e em seu valor integral, pelo consignante na folha de pagamento do Segurado, a ausência de repasse à CAPEMISA desses prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar prejuízo ao Segurado ou respectivos beneficiários, no que se refere à cobertura prevista nessas Condições Gerais e demais direitos oferecidos na Apólice.

11.3 Quando o meio de pagamento selecionado na Proposta de Contratação for boleto bancário, este ficará disponível no ambiente digital do Segurado e/ou será enviado pela CAPEMISA por correspondência física ou eletrônica, com antecedência de, pelo menos, 10 (dez) dias da data de seu vencimento, exceto para o boleto referente a primeira parcela, que será disponibilizado com antecedência de 05 (cinco) dias para o vencimento.

11.3.1 O Segurado que não receber o boleto bancário, deverá entrar em contato, imediatamente, com a Central de Relacionamento CAPEMISA e/ou outros canais de atendimento disponíveis.

11.4 Quando o meio de pagamento selecionado na Proposta de Contratação for débito em conta, é responsabilidade do Segurado efetuar e manter a autorização do débito junto à instituição bancária, bem como saldo suficiente em conta para a efetivação do referido débito.

11.5 Nos casos da cobrança do prêmio por meio cartão de crédito, será responsabilidade do Segurado manter os dados atualizados do cartão para garantir o correto lançamento da cobrança.

11.6 Caso o prêmio do Seguro contratado não seja pago, ou o pagamento esteja abaixo do valor integral devido, poderá a CAPEMISA efetuar cobrança de forma alternativa ou complementar do valor que integre a totalidade do prêmio devido.

11.6.1 Em caso de a cobrança alternativa ou complementar via débito em conta, ela será efetuada conforme autorização expressa do Segurado na Proposta de Contratação ou em formulário de autorização para débito em conta.

11.6.2 No caso de a cobrança alternativa ou complementar não funcionar, o contrato será considerado inadimplente e o Segurado sujeito às ações de cobrança, além de estar apto ao cancelamento por parte da Seguradora de acordo com as regras definidas nessas Condições Gerais.

11.7 O Segurado que desejar alterar o meio de pagamento deverá entrar em contato com a Central de Relacionamento CAPEMISA e/ou outros canais de atendimento disponíveis e verificar as alternativas disponíveis para formalizar a alteração.

11.8 O valor do Prêmio inicial do Seguro será estabelecido conforme o Capital Segurado definido, o que constará da Proposta de Contratação.

11.9 O valor do Prêmio Inicial é calculado multiplicando o valor do Capital Segurado Contratado pela taxa comercial correspondente à idade do Segurado, na data de assinatura da Proposta de Contratação.

11.10 O prêmio poderá ser pago de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido na Proposta de Contratação.

11.10.1 Para forma de pagamento através de desconto em folha, a periodicidade de pagamento ficará restrita a periodicidade prevista no convênio firmado junto ao ente conveniado.

11.11 O valor do Prêmio e do Capital Segurado serão atualizados monetariamente conforme disposto no item *Atualização Monetária*.

11.12 Além da atualização monetária, o valor do prêmio sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de idade do Segurado e consequente aumento do risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano, na forma de lei, conforme disposto no item *Reenquadramento do Prêmio por Idade*.

11.13 Se a data de vencimento da cobrança para o pagamento do prêmio coincidir com o dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário.

11.14 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro vigente até o último dia do período de cobertura a que o prêmio se refere.

11.15 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento não quita os eventuais débitos de prêmio(s) anterior(es) em aberto.

11.16 Os valores devidos a título de devolução de prêmios pela Seguradora, estritamente enquadrados nos subitens abaixo, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva pelo índice estabelecido no item *Atualização Monetária*, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

11.16.1 No caso de recusa da Proposta de Contratação pela Seguradora, os valores de que trata o item 11.16 serão exigíveis a partir da data de formalização da recusa.

11.16.2 No caso de cancelamento do Seguro, os valores de que trata o item 11.16 serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

11.16.3 No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata o subitem 11.16 serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

11.17 Os valores relativos ao pagamento de prêmios em atraso pelo Segurado serão acrescidos de atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item *Atualização Monetária*, a partir da data em que se tornarem exigíveis, multa de 1% e juros moratórios de 1% a.m., ou sua equivalente diária.

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

12.1 Os Capitais Segurados e os Prêmios serão atualizados anualmente, durante a vigência do Seguro, no aniversário de vigência da Apólice, pelo IPCA- IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado dos 12 meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao mês de aniversário de vigência da Apólice.

12.1.1 Caso a variação anual do IPCA- IBGE(Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) seja negativa, não será aplicado atualização monetária sobre o prêmio e o Capital Segurado.

12.2 Para a hipótese de não ser possível seguir os procedimentos de atualização monetária previstos nesta Condição Geral, em virtude da edição de lei ou medida governamental que altere os critérios de atualização monetária, o Segurado e a Seguradora ajustam as seguintes disposições:

12.2.1 Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado o índice que vier a substituí-lo.

12.2.2 A atualização monetária de todos os valores inerentes a este seguro cessará apenas no caso em que essa atualização venha a ser vedada pela Lei; ou

12.2.3 Se houver proibição da utilização de indexadores, a atualização monetária prevista nesta cláusula será ajustada conforme deliberação do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente para dispor sobre a matéria.

13. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR IDADE:

13.1 Além da atualização monetária, o valor do prêmio sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de idade do Segurado e conseqüente aumento do risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano, na forma de lei.

13.2 No mês de aniversário da Apólice, o respectivo prêmio será automaticamente ajustado com o percentual correspondente a nova idade do participante, estabelecido na tabela abaixo:

Idade	Percentual de Reajuste (%)	Idade	Percentual de Reajuste (%)	Idade	Percentual de Reajuste (%)
16	0,00%	34	8,56%	52	8,62%
17	5,09%	35	7,91%	53	7,98%
18	4,85%	36	14,04%	54	7,43%
19	4,63%	37	12,33%	55	6,97%
20	4,43%	38	11,00%	56	7,95%
21	3,58%	39	9,93%	57	7,42%
22	3,46%	40	9,06%	58	6,97%
23	3,35%	41	12,62%	59	6,58%
24	3,25%	42	11,23%	60	6,24%
25	3,16%	43	10,12%	61	6,50%
26	9,50%	44	9,22%	62	6,19%
27	8,69%	45	8,47%	63	5,92%
28	8,00%	46	10,85%	64	5,68%
29	7,43%	47	9,82%	65	5,48%
30	6,93%	48	8,98%	66	5,46%
31	11,45%	49	8,27%	67	5,30%
32	10,29%	50	7,67%	68	5,17%
33	9,35%	51	9,38%	69	5,06%

14. PRAZO DE TOLERÂNCIA

14.1 Caso o Segurado não efetue à Seguradora o pagamento dos prêmios, cuja periodicidade tenha sido definida como mensal na Proposta de Contratação, fica garantido o direito à cobertura do Segurado desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 90 (noventa) dias.

14.2 Caso tenha sido definida na Proposta de Contratação outra periodicidade de pagamento do prêmio diferente da mensal, fica garantido o direito à cobertura do Segurado desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse uma parcela vencida.

14.3 Se o prêmio não for pago até a data estabelecida, conforme disposto no item *Pagamento do Prêmio*, o Segurado poderá pagar posteriormente o prêmio em atraso acrescido de multa de 1%, juros moratórios iguais a 1% a.m. e atualização monetária de acordo

com o item *Atualização Monetária*, desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse os prazos estabelecidos nos itens 14.1 e 14.2.

14.4 O índice pactuado para atualização dos valores relativos aos prêmios pagos em atraso pelo Segurado é o índice definido no item *Atualização Monetária*.

14.5 Caso o Segurado permaneça inadimplente (não tenha efetuado o pagamento integral dos prêmios devidos) por período superior aos estabelecidos nos itens 14.1 e 14.2, a Apólice poderá ser cancelada pela Seguradora.

14.6 No caso da ocorrência do sinistro durante o Prazo de Tolerância, se constatado o direito à Indenização, a mesma será paga deduzida dos prêmios devidos e não pagos, acrescidos de multa de 1%, juros moratórios iguais a 1% a.m. e atualização monetária de acordo com o item *Atualização Monetária*.

15. PERDA DE DIREITO

15.1 O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado, pela Seguradora, que silenciou de má-fé.

15.2 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco pelo segurado, poderá, por meio de comunicação formal:

- a) Cancelar o seguro;
- b) Restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou
- c) Cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

15.3 O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

15.4 Se o segurado, por si, por seu representante ou Corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio, perderá o direito à cobertura, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

15.4.1 Considera-se doença preexistentes toda e qualquer doença e/ou lesões preexistentes que o Segurado tenha conhecimento antes da contratação do Seguro.

15.4.2 É dever do segurado e/ou seu representante informar à Seguradora as doenças e/ou lesões preexistentes durante o processo de contratação do seguro.

15.4.3 Não haverá cobertura sobre qualquer doença e/ou lesões preexistentes que seja de conhecimento do Segurado e que não tenha sido comunicada na Proposta ou na Declaração Pessoal de Saúde, por ele e/ou seu representante.

15.5 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, de seu representante, ou do Corretor de Seguros, a Seguradora deverá:

15.5.1 Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) Cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

15.5.2 Na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização parcial do Capital Segurado:

- a) Após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou
- b) Permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

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

15.5.4 O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer, se houver.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1 O não pagamento do Prêmio por parte do Segurado nos prazos estipulados na Proposta de Contratação poderá acarretar o cancelamento automático do Seguro, se após notificado, não houver regularizado a adimplência do prêmio antes de completar o período estabelecido no item *Prazo de Tolerância*.

16.1.1 A notificação a que se refere o item anterior poderá ser feita por meio de carta, e-mail, SMS ou qualquer outro meio físico ou digital disponível ao cliente, resguardada a sua privacidade.

16.2 O Contrato de Seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes.

16.3 O Seguro será cancelado se o Segurado agravar intencionalmente o risco.

16.4 A Cobertura contratada na Apólice cessará automaticamente para o Segurado:

- a) Com o cancelamento da Apólice por qualquer motivo definido nestas Condições Gerais;
- b) Com a morte do Segurado;
- c) Com o pagamento da Indenização correspondente a este plano de Seguro;
- d) Ao completar 70 (setenta) anos de idade.

16.5 Não obstante, o disposto no subitem anterior, a cobertura do Segurado vigorará até o fim da vigência correspondente ao último prêmio pago pelo Segurado, observando o disposto no item *Prazo de Tolerância*.

16.6 A contratação do Seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução SOMENTE do prêmio pago referente ao período a decorrer que não tenha se iniciado até a data de solicitação do cancelamento, se houver.

16.7 Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Doenças Graves conforme definido nessas Condições Gerais:

- a) A(s) Apólice(s) contratada(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelada(s) automaticamente caso existam outras coberturas vigentes na(s) Apólice(s);
- b) Não haverá a possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura.

16.8 Desde que efetivamente comprovada a Doença Grave, o pagamento da Indenização extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura. Nessa hipótese, os prêmios relativos à cobertura de Doenças Graves, eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento da Indenização, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

17. OBRIGAÇÕES

17.1 Obrigações da Seguradora

- a) Guardar na conclusão e na execução da Apólice a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ela concernentes.
- b) Prestar aos Segurados, todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do Seguro.

17.2 Obrigações do Segurado

- a) Guardar na conclusão e na execução da Apólice a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ela concernentes.
- b) Comunicar à Seguradora, logo que o saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à Cobertura contratada, se ficar comprovada a omissão.
- c) Comunicar a mudança de profissão/atividade, alteração de residência fixa para outro país ou a prática de esportes violentos ou de risco voluntário, tais como, exemplificativa, mas não exclusivamente: esportes aéreos, náuticos a motor, lutas e artes marciais, competição automobilística, o exercício de atividades amadora ou profissional a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres e/ou perigosos, são exemplos de incidentes suscetíveis de agravar o risco coberto, e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito à Cobertura contratada, se restar provada a omissão.

18. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado, designado para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização que lhe seria devida, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

19. REGULAÇÃO DE SINISTROS

19.1 Em caso de ocorrência de sinistro, para pagamento da indenização, o Segurado deverá apresentar à Seguradora, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado, definidos no neste item.

19.1.1 O(s) sinistro(s) ocorrido(s) deverá(ão) ser informado(s) à CAPEMISA, imediatamente quando do seu conhecimento, podendo ser feito:

- a) Por meio do portal do cliente, utilizando a função específica para aviso de sinistros, encontrado no site institucional da CAPEMISA;
- b) Por escrito, por meio de carta para os endereços constantes do site institucional da CAPEMISA,
- c) Por e-mail para o endereço eletrônico apoio.sinistros@capemisa.com.br ou;
- d) Presencialmente, em uma de nossas Sucursais.

19.2 As Indenizações, de acordo com o plano de Seguro contratado, serão pagas sob a forma de pagamento único.

19.3 Os pagamentos da indenização relativos à Cobertura deste Seguro, quando devida, têm o prazo legal máximo limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos descritos no item 19.13.

19.4 Caso o prazo legal máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o disposto no subitem 19.5, implicará sobre o valor da Indenização:

19.4.1 Atualização Monetária, desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento da indenização, pela variação positiva do índice determinado no item *Atualização Monetária*, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

19.4.2 Juros moratórios de 1% (um por cento) para cada mês de atraso.

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

19.5 Faculta-se à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos e/ou informação. Neste caso o prazo de que trata o subitem 19.4 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

19.6 Fica estabelecido que qualquer pagamento de indenização, somente passa a ser devido depois que os prêmios referentes ao período coberto tiverem sido pagos integralmente, incluindo o período de risco da ocorrência do sinistro, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim no documento de cobrança, salvo o definido no item *Prazo de Tolerância*.

19.7 No caso da ocorrência do sinistro durante o Prazo de Tolerância, se constatado o direito à Indenização, esta será paga deduzida dos prêmios devidos e não pagos, acrescidos de multa de 1%, juros moratórios iguais a 1% a.m. e atualização monetária de acordo com o item *Atualização Monetária*.

19.8 Poderá ser solicitado o comprovante do último Prêmio pago para fins de verificação da cobertura.

19.9 Os prêmios relativos à Cobertura Contratada, eventualmente pagos após a data de ocorrência do sinistro, serão devolvidos e sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva pelo índice estabelecido no item *Atualização Monetária*.

19.10 A tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização.

19.10.1 É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial.

19.11 Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

19.12 Considera-se como data do evento, ou data de exigibilidade, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros:

a) **Doenças Graves Ampliadas:** a data do diagnóstico definitivo da doença grave coberta, comprovado por resultado de exame anátomo-patológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

19.13 Na ocorrência do sinistro, o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

19.13.1 Documentos do Segurado:

b) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

c) Cópia Simples do laudo emitido por médico habilitado e especialista na patologia diagnosticada;

d) Cópia Simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico, nas condições previstas no item anterior;

e) **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** laudo médico, firmado por médico de especialidade neurológica, diagnosticando o Acidente Vascular Cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a sequela decorrente, bem como a comprovação com exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética;

f) **Cirurgia Coronariana:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em cirurgia cardíaca ou hemodinâmica, diagnosticando a insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), e com a expressa indicação da necessidade de realização de cirurgia cardíaca comprovada por exames apropriados;

g) **Infarto Agudo do Miocárdio:** laudo médico, firmado por médico cardiologista, cópia dos exames de enzimas cardíacas, laudo de cateterismos cardíaco e eletrocardiogramas recentes;

h) **Insuficiência Renal Crônica:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em nefrologia, diagnosticando a falência funcional de ambos os rins, de caráter permanente e irreversível, acompanhado de exames complementares apropriados;

i) **Neoplasia:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em oncologia, diagnosticando o tumor maligno de forma conclusiva através de exames citológicos e histológicos apropriados;

j) **Transplante de Órgãos Vitais:** laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão, diagnosticando o transplante como único recurso para recuperação

da função do órgão afetado em função da falência do mesmo, acompanhado de exames complementares apropriados, e a inclusão no cadastro de receptor do transplante;

k) **Doença de Parkinson Grave:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em neurologia, diagnosticando Mal de Parkinson em estado grave crônico, acompanhado de exames complementares apropriados;

l) **Insuficiência Hepática Crônica:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em hepatologia, diagnosticando a Insuficiência Hepática Grave Crônica irreversível, inclusive a Cirrose Hepática, acompanhado de exames complementares apropriados;

m) **Lúpus Eritematoso Sistêmico:** laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão, diagnosticando Lúpus Eritematoso Sistêmico, acompanhado de exames complementares apropriados;

n) **Doença de Alzheimer:** laudo do neurologista, firmado por médico de especialidade neurológica, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado e se o mesmo já possui indicação para o termo de Curatela. Exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética. O diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer, 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).

o) **Esclerose Múltipla:** laudo do neurologista e comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O diagnóstico de certeza de esclerose múltipla deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas. 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. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses ou deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com um intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles, ou, ainda, um episódio, clinicamente documentado, com manifestações

características no fluido cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética;

p) **Embolia pulmonar:** laudo médico e exames complementares que comprovem a Embolia pulmonar ou a redução permanente e moderada da função respiratória;

q) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu representante legal;

r) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação.

19.14 O valor da indenização não será, em hipótese nenhuma, vinculado às despesas médicas e/ou hospitalares incorridas pelo segurado para o tratamento da doença, uma vez que a indenização é definida com base no Capital Segurado contratado pelo Proponente.

20. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

20.1 O(s) Beneficiário(s), ou seu representante, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

20.2 O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a Doença Grave coberta.

20.3 As despesas efetuadas com a legitimação da Doença Grave, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora.

20.4 As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

21. REGIME FINANCEIRO

Considerando-se que o plano de Seguro em questão é estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, não haverá concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear as indenizações dos sinistros ocorridos no mesmo período, estimados pelo risco de ocorrência do evento coberto, não havendo, portanto, a constituição de reserva matemática.

22. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Representante e/ou Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP.

23. SUB-ROGAÇÃO

Nos Seguros de Pessoas a Seguradora não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário contra o causador do sinistro.

24. FORO

Será competente para dirimir quaisquer pendências ou dúvidas decorrentes da execução deste seguro o foro do domicílio do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso, ou o da sede da Seguradora.

25. DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1 A aceitação da Proposta estará sujeita à análise do risco pela CAPEMISA.

25.2 O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

25.3 O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da Seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

25.4 Fica entendido e acordado que no presente Seguro os tributos serão pagos por quem a lei vigente determinar.