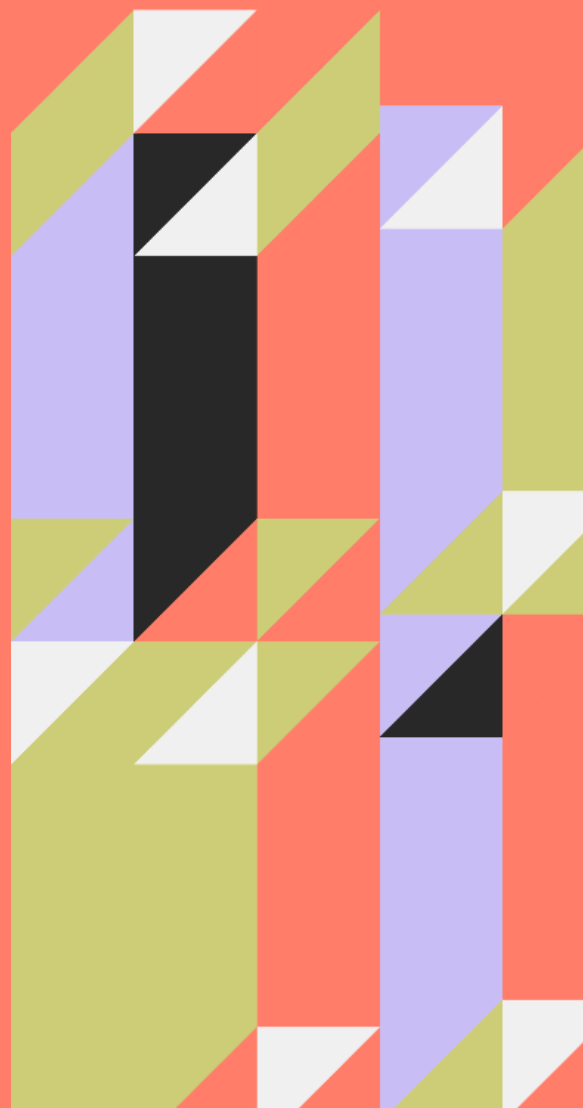


Seguro Doenças Graves Coletivo

Ramo 0984

Processo Susep: 15414.639610/2025-70
Versão Dezembro/2025



Índice

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES	2
2. GLOSSÁRIO	2
3. OBJETIVO DO SEGURO	6
4. ÂMBITO GEOGRÁFICO	6
5. COBERTURAS DO SEGURO	6
6. RISCOS EXCLUÍDOS	6
7. EMBARGOS E SANÇÕES	8
8. ACEITAÇÃO, CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO	8
9. VIGÊNCIA DO SEGURO	10
10. RENOVAÇÃO DO SEGURO	10
11. CUSTEIO DO SEGURO	11
12. ATUALIZAÇÃO DE VALORES	11
13. PAGAMENTO DE PRÊMIO	12
14. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO	14
15. PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	14
16. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	15
17. PERDA DE DIREITOS	15
18. CANCELAMENTO E RESCISÃO DO CONTRATO	17
19. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	18
20. BENEFICIÁRIOS	20
21. FORO	20
22. PRESCRIÇÃO	20
DOENÇAS GRAVES	20
AUXÍLIO FUNERAL	22
REDE TEM FAMILIAR	24
TELEMEDICINA INDIVIDUAL	24
TELEMEDICINA FAMILIAR	25
CHECK-UP MÉDICO INDIVIDUAL	25
DESCONTO MEDICAMENTO BÁSICO	25
DESCONTO MEDICAMENTO 20%	25
DESCONTO MEDICAMENTO 30%	26
DESCONTO MEDICAMENTO PRIME	26
PROGRAMA HÁBITOS SAUDÁVEIS	26
MONITORAMENTO FACIAL DA SAÚDE E BEM-ESTAR DIGITAL	27
PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL	27
TRILHAS DE CUIDADO COM A SAÚDE FEMININA	28
APOIO CONTRA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	29

CONDIÇÕES GERAIS

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. Este seguro é garantido pela 180 Seguros S.A. CNPJ 39.999.619/0001-97.
- 1.2. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.
- 1.3. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 1.4. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da seguradora no site eletrônico www.susep.gov.br.
- 1.5. Para as situações não previstas nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- 1.6. Mediante a contratação deste seguro, o segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Contratuais.
- 1.7. A utilização de meios remotos para emissão dos documentos contratuais deste seguro garante ao segurado a possibilidade de impressão e de download dos mesmos.

2. GLOSSÁRIO

Aceitação: ato de aprovação, pela seguradora, da proposta de contratação da apólice e das propostas de adesão a ela submetidas para contratação, alteração e renovação não automática do contrato de seguro.

Acidente Vascular Cerebral (AVC): obstrução aguda da circulação sanguínea cardiovascular causada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio de fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral deve ser feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro ou ressonância magnética, ou exame de fluido cefalorraquidiano.

Angioplastia: procedimento feito para desentupir artérias coronárias que estejam entupidadas por gordura. As artérias coronárias (direita e esquerda) são as responsáveis por levar o sangue até o miocárdio, que é o músculo cardíaco.

Agravação do risco: aumentar a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela seguradora quando da aceitação da proposta de contratação e da proposta de adesão do seguro.

Apólice: documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo estipulante, na apólice de seguro coletivo.

Beneficiário: é a pessoa física ou jurídica, a quem deve ser paga a indenização em caso de ocorrência do evento coberto por este seguro.

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 exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.

Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, em ocorrência do evento coberto por este seguro.

Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do certificado individual, durante o qual o segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento do prêmio.

Certificado individual: documento emitido para cada segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação da proposta de adesão do proponente, da renovação do seguro, da alteração de valores de capital segurado ou do prêmio.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais, que estabelecem os direitos e obrigações do segurado, estipulante, beneficiário e seguradora.

Condições Especiais: conjunto das disposições específicas relativas a cada cobertura do seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas, comuns a todas as coberturas do seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

Contrato de Estipulação: é o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação da apólice coletiva, e

fixam os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

Corretor de Seguro: profissional habilitado pela SUSEP e autorizado a angariar e promover contratos de seguros.

Documentos Contratuais: proposta de contratação, proposta de adesão, apólice, certificado individual e endosso.

Emolumento: conjunto de despesas adicionais que a seguradora cobra do segurado, correspondente às parcelas de impostos e outros encargos a que está sujeito o seguro.

Estipulante: é a pessoa jurídica que contrata a apólice de seguros, ficando investido dos poderes de representação dos segurados perante a seguradora.

Evento: toda e qualquer ocorrência ou acontecimento decorrente de uma mesma causa, passível de ser garantido por uma apólice de seguro.

Grupo Segurável: grupo formado pelos clientes vinculados ao Estipulante, desde que atendam às condições de aceitação definidas na apólice.

Grupo Segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice.

Indenização: é o valor que a seguradora deve pagar ao segurado ou beneficiário em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro.

Infarto Agudo do Miocárdio: morte do músculo cardíaco (coração) como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O Infarto deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico especialista e exames de eletrocardiograma e laboratoriais (enzimas específicas). O diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:

- a) Histórico de dores torácicas típicas;
- b) Alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T,Q);
- c) Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK MB);
- d) Avaliação de enzimas cardíacas, incluindo CK MB.

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

Meios Remotos: aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias, tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

Prêmio: é o valor a ser pago pelo segurado e/ou pelo estipulante à seguradora, com periodicidade prevista no contrato, para a garantia do risco.

Pro-rata temporis: é o cálculo do prêmio do seguro, proporcional aos dias decorridos de vigência do contrato.

Profissional Autônomo: é um profissional sem vínculo empregatício, que trabalha de forma independente e não é funcionário de nenhuma empresa.

Proponente: pessoa física que se dispõe a contratar o seguro junto à seguradora.

Proposta de Adesão: documento que formaliza o interesse do proponente em aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Proposta de Contratação: documento que formaliza o interesse do proponente pessoa jurídica (estipulante) em contratar o seguro.

Risco: é a possibilidade de um acontecimento externo, inesperado, causador de dano material e/ou corporal, gerando um prejuízo ou necessidade econômica. As características que definem o risco são: incerto e aleatório, possível, futuro e independentemente da vontade das partes contratantes.

Riscos Cobertos: riscos previstos no contrato de seguro que, em caso de concretização, dá origem a indenização ao segurado.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas Condições Contratuais e/ou no Certificado Individual **que não serão cobertos pelo seguro.**

Segurado: pessoa física que contrata o seguro em seu benefício ou de terceiros.

Seguradora: empresa legalmente constituída e autorizada para assumir e gerir riscos especificados no contrato de seguro.

Sinistro: ocorrência de evento passível de cobertura e indenização, durante o período de vigência do seguro.

SUSEP: Superintendência de Seguros Privados. Autarquia federal responsável pela regulação e fiscalização do mercado de seguros.

Vigência: intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, com início e término determinado na apólice e no certificado individual do seguro.

3. OBJETIVO DO SEGURO

3.1. O objetivo deste seguro é garantir ao segurado ou ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização em caso de ocorrência dos riscos cobertos e amparados pela(s) cobertura(s) contratadas, respeitando-se as demais cláusulas contratuais do presente contrato de seguro.

3.2. O presente seguro tem por finalidade exclusiva o pagamento da indenização em caso de ocorrência dos eventos cobertos expressamente contratados. Fica estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas havidas pelo segurado para mitigação, contenção ou tratamento de doenças ou lesões, ainda que para evitar o agravamento do seu estado de saúde. Em havendo despesas desta natureza, estas serão de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas nesta apólice.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO

4.1. As coberturas deste seguro abrangem eventos cobertos ocorridos no território brasileiro.

5. COBERTURAS DO SEGURO

5.1. Este seguro é composto por coberturas básicas, das quais ao menos uma deve ser obrigatoriamente contratada, e por coberturas adicionais, cuja contratação é facultativa.

5.2. Somente serão consideradas como coberturas contratadas aquelas expressamente ratificadas na apólice de seguro coletivo e no certificado individual, tornando-se nulas e sem efeitos quaisquer outras descritas nestas Condições Contratuais.

5.3. Nas Condições Especiais são apresentadas as disposições das coberturas, com a especificação dos riscos cobertos e, quando for o caso, das carências e franquias aplicáveis.

5.4. As exclusões específicas, se existentes, estarão inseridas após a descrição dos riscos cobertos nas respectivas Condições Especiais de cada cobertura.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

Salvo disposição em contrário, estão excluídos para todas as coberturas estabelecidas nas Condições Gerais e Especiais deste seguro, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados, pelo(s) Segurado(s), Beneficiários(s) ou pelo representante de um ou de outro,, bem como os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, seus Beneficiários e respectivos representantes do Estipulante;**
- b) Acidentes, doenças ou lesões, bem como suas consequências, preexistentes à adesão do segurado no presente seguro ou da alteração do capital segurado contratado originalmente, entendendo-se como tais àquelas de conhecimento do segurado e não declaradas no momento da adesão;**
- c) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;**
- d) Lesão premeditada autoinfligida, suicídio voluntário ou sua tentativa quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;**
- e) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, exceto quando estas resultarem de medicamentos prescritos por médico, desde que causem diretamente alguma das doenças graves cobertas por este seguro;**
- f) Câncer de pele, exceto o melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5mm segundo a classificação de Breslow;**
- g) Sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS;**
- h) Leucemia crônica;**
- i) Câncer que, através de exame histológico, tenha classificação igual a T1;**
- j) Carcinoma não invasivo, também chamado de carcinoma "in situ" e qualquer grau de Neoplasia intra-epitelial Cervical - NIC;**
- k) Tumores ou lesões descritas como pré-malignas;**
- l) Câncer de próstata (exceto aqueles de grau superior a T2N0M0 pela classificação TNM);**
- m) Qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência do seguro, ou antes do fim do período de carência;**
- n) Ataques Isquêmicos Transitórios - AIT;**

- o) Qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante de Acidente Vascular;
- p) Injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
- q) Hemorragia cerebral causada por acidente;
- r) Hemorragia cerebral causada por tumores;
- s) Hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro;
- t) Obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
- u) Sintomas neurológicos causados por enxaquecas;
- v) Os infartos do miocárdio antigos demonstrados no eletrocardiograma ECG, toda a angina do peito, incluindo angina estável e instável e angina decúbito;
- w) Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T"; e
- x) Outras síndromes coronarianas agudas.

7. EMBARGOS E SANÇÕES

7.1. Estão excluídos da cobertura desta apólice todos e quaisquer riscos cuja cobertura e/ou eventual pagamento da respectiva indenização securitária, implicaria na obrigação da seguradora de atuar de forma a atrair, em razão de embargos e sanções comerciais e econômicos, ações punitivas para a seguradora, seu grupo econômico e administradores, por parte dos Estados Unidos da América, do Reino Unido, da União Europeia conforme descrito nas listas de embargos e sanções a seguir:

- a) Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>;
- b) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>.

7.2. Estão ainda excluídos da cobertura dessa apólice, todos e quaisquer riscos cujo imediato pagamento da respectiva indenização securitária esteja vedado, por embargos e sanções comerciais e econômicos internacionais impostos por entidades multilaterais integradas pelo Brasil, tais como, mas não se limitando, o GAFI (Grupo de Ação Financeira contra a Lavagem de Dinheiro e o Financiamento do Terrorismo) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

7.3. Caso as situações previstas nos itens acima ocorram após a data do sinistro, o pagamento da indenização ficará suspenso até que haja a superação do embargo ou sanção pelo órgão internacional ou nacional que o impôs.

7.4. As situações de perda de direitos por efeito da política de imposição de embargos e sanções por organismos internacionais estão disciplinadas na cláusula "PERDA DE DIREITOS" destas Condições Gerais.

8. ACEITAÇÃO, CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

8.1. A contratação e a alteração do seguro somente poderão ser feitas mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou pelo corretor de seguros habilitado, sendo válida a formalização por meios remotos, nos termos da legislação vigente e cláusula 8.4. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

8.2. A apólice de seguro coletivo é contratada pelo estipulante, ficando este investido de poderes de representação dos segurados perante a seguradora, nos termos da legislação em vigor.

8.2.1. Na proposta de contratação ou na contratação por meios remotos, nos termos da legislação vigente e cláusula 8.4., serão estabelecidos os critérios de aceitação das pessoas físicas, tais como, mas não limitado, a idade mínima e máxima do proponente na data da adesão ao seguro e a utilização ou não de Declaração Pessoal de Saúde.

8.3. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago, em conformidade com a cláusula RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO.

8.4. Na hipótese de contratação por meios remotos, as propostas de adesão poderão ser preenchidas e formalizadas por meio remoto, seguro e aceito pelas partes como válido, necessariamente de forma autenticada e passível de comprovação da autoria e integridade.

8.5. A seguradora fornecerá ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, o protocolo que identifique a proposta de adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

8.6. A seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para manifestar-se sobre a aceitação da proposta de contratação ou da proposta de adesão, contados a partir da data de seu recebimento.

8.6.1. A solicitação de documentos complementares, pela seguradora, poderá se dar uma única vez durante o prazo da aceitação da proposta. Neste caso o prazo de aceitação de 25 (vinte e cinco) dias ficará suspenso, voltando a ser contado a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que se der a entrega das documentações/informações solicitadas.

8.7. A sociedade seguradora procederá obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação,

por escrito, da sociedade seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

8.8. A não aceitação da proposta pela seguradora, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio implicará na devolução integral, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, do prêmio antecipado, atualizado da data de pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que vier a substituí-lo, também respeitando-se o conteúdo da cláusula ATUALIZAÇÃO DE VALORES, destas Condições Gerais, no que se refere a atualização da devolução devida ao segurado por juros moratório.

8.9. A emissão e a disponibilização ao segurado, por meio remoto, da apólice, do certificado individual ou do endosso serão feitas em até 30 (trinta) dias, a partir da data de aceitação da respectiva proposta.

9. VIGÊNCIA DO SEGURO

Vigência da Apólice Coletiva

9.1. A data do início de vigência da apólice coincidirá, respectivamente, com a data de aceitação da proposta de contratação ou data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

9.2. As apólices e respectivos endossos terão seu início e término de vigência em conformidade com as horas e datas para tal fim neles indicadas.

Vigência do Certificado Individual

9.3. Os certificados individuais terão seu início e término de vigência em conformidade com as horas e datas para tal fim neles indicadas.

9.4. O início de vigência do certificado individual coincidirá com:

- a) **Para propostas de adesão recepcionadas sem pagamento de prêmio:** a data de aceitação da proposta de adesão ou data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes;
- b) **Para propostas de adesão recepcionadas com pagamento de prêmio:** a data da recepção da proposta de adesão pela seguradora.

9.5. O prazo final de vigência do certificado individual não poderá ultrapassar o final de vigência da apólice de seguro coletivo.

10. RENOVAÇÃO DO SEGURO

10.1. O seguro poderá ser renovado automaticamente, nos termos da legislação vigente.

10.1.1. O segurado poderá solicitar a não renovação do seguro, caso não exista interesse em renová-lo.

10.1.2. Este seguro é contratado por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice ou do certificado individual.

10.1.3. Caso não exista interesse da seguradora em renovar o seguro, esta comunicará ao estipulante, seu representante ou corretor de seguros com 30 (trinta) dias de antecedência do fim de vigência.

10.2. Caso ocorra qualquer alteração da apólice de seguro coletivo que implique em ônus, dever ou redução dos direitos dos segurados, a renovação deverá ter anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

10.2.1. A referida anuência não é aplicável quando tratar-se de seguros cuja forma de custeio seja "não contributivo".

11. CUSTEIO DO SEGURO

11.1. A forma de custeio do seguro será estabelecida na proposta de contratação e constará na apólice de seguro coletivo, levando em consideração as seguintes possibilidades:

- a) **Contributivo:** aquele em que os segurados pagam a totalidade dos prêmios;
- b) **Não contributivo:** aquele em que os segurados não pagam prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio exclusivamente ao estipulante;
- c) **Parcialmente contributivo:** aquele em que os segurados pagam parcialmente os prêmios, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio complementar exclusivamente ao estipulante.

12. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

12.1. O índice pactuado para a atualização de valores será o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou o índice que vier a substituí-lo.

12.2. A atualização será efetuada com base na variação 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.

12.3. Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido acima, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

- a) **No caso de cancelamento do seguro:** a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora;
- b) **No caso de recebimento indevido de prêmio:** a partir da data de recebimento do prêmio;
- c) **No caso de recusa da proposta de contratação e proposta de adesão:** a partir da data do recebimento do prêmio.

12.4. Os demais valores, incluindo a indenização, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido acima, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a partir da data de ocorrência do evento.

12.5. Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado em lei para esse fim. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato, serão equivalentes à taxa legal correspondente à taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (SELIC), deduzido o índice de atualização monetária do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), apurado e divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou do índice que vier a substituí-lo, atendida a metodologia e forma de aplicação definidas pelo Conselho Monetário Nacional.

12.6. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

13. PAGAMENTO DE PRÊMIO

13.1. O prêmio do seguro poderá ser pago de forma única ou mensal, conforme definido no certificado individual do seguro.

13.2. A data limite para pagamento do prêmio será o dia de vencimento definido na apólice ou no certificado individual.

13.3. Em caso de parcelamento do prêmio, não será feita a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento, sendo que o segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional de eventuais juros pactuados.

13.4. Na proposta de contratação será definido o responsável pelo recolhimento dos prêmios do seguro, podendo ser o estipulante ou a própria seguradora responsável pela cobrança direta aos segurados.

13.5. Quando o estipulante for responsável pelo recolhimento dos prêmios, nos seguros contributários ou parcialmente contributários, e pelo repasse à seguradora dos respectivos valores recolhidos, a proposta de contratação estabelecerá os prazos e condições de pagamento.

13.6. No caso de seguros não contributários, quando o custeio do seguro é pago integralmente pelo estipulante, os prazos e condições de pagamentos serão definidas contratualmente na apólice de seguro coletivo.

13.7. A falta de pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela implicará no cancelamento do certificado individual e/ou de seus endossos, desde o início de vigência.

13.8. Quando configurada a falta de pagamento de qualquer parcela subsequente a primeira, a Seguradora enviará notificação ao estipulante, segurado, seu representante legal ou corretor de seguros para regularizar o pagamento pendente em até 15 (quinze) dias, sendo certo que o não pagamento no novo prazo suspenderá a garantia. O prazo de suspensão por inadimplemento poderá ser de até 90 (noventa) dias. Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, considerando o prazo de vigência da cobertura em função do prêmio efetivamente pago, em base "pro-rata temporis".

13.9. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado o seu pagamento, o direito à indenização não ficará prejudicado.

13.10. Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o financiamento.

13.11. Caso o estipulante seja o responsável pelo recolhimento dos prêmios custeados pelos segurados, a falta de pagamento à seguradora dos prêmios recolhidos, não acarretará o cancelamento dos respectivos certificados individuais, respondendo a seguradora pelo pagamento das indenizações eventualmente devidas, sem prejuízo da ação de cobrança por parte da seguradora junto ao estipulante.

13.12. Devido a característica da estrutura deste plano de seguro, não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

13.13. Nas situações de pagamento de prêmio em atraso, a seguradora reserva-se ao direito de cobrar multa e juros moratórios em acordo com a cláusula ATUALIZAÇÃO DE VALORES.

14. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

14.1. O sinistro deve ser comunicado à seguradora, seja pelo estipulante, pelo corretor de seguro, pelo beneficiário, pelo segurado ou pelo seu representante legal, logo que tenham conhecimento da sua ocorrência, prestando todas as informações sobre qualquer outro fato relacionado com este seguro, bem como fornecer todos os documentos necessários para regulação descritos nas Condições Especiais da respectiva cobertura contratada.

14.2. A seguradora poderá exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o sinistro, sem prejuízo do pagamento da indenização no prazo devido. Alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão de abertura do inquérito que porventura tenha sido instaurado.

15. PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

15.1. Qualquer indenização por este seguro somente será devida se o sinistro for caracterizado como risco coberto por estas Condições Contratuais.

15.2. A relação dos documentos necessários para a regulação de sinistro está prevista em cada uma das coberturas contratadas nas Condições Especiais. O prazo de regulação e pagamento do sinistro se inicia após o fornecimento da documentação básica solicitada.

15.3. Deverá ser comprovada a ocorrência do evento a ser indenizado através dos documentos que comprovem as circunstâncias a ele relacionados, facultada à seguradora a adoção de medidas que venham a elucidar os fatos.

15.3.1. A seguradora poderá consultar especialistas, a seu exclusivo critério, para apurar a comprovação ou não do evento.

15.4. O prazo para análise e regulação dos sinistros é de no máximo 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos solicitados.

15.4.1. No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, com base em dúvida fundada e justificável, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, reiniciando sua contagem a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

15.4.2. Caso aprovado, o pagamento da indenização ocorrerá no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a conclusão da regulação do sinistro. Caso a Seguradora não cumpra o prazo máximo previsto para o pagamento da indenização, implicará na aplicação de multa de 2% (dois por cento), sem prejuízo de sua atualização monetária e juros, contados a partir da data de vencimento, conforme a cláusula "ATUALIZAÇÃO DE VALORES".

15.5. A solicitação de documentos e demais procedimentos na apuração do evento, praticados pela seguradora após o sinistro, não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

15.6. Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado, beneficiário, seu representante legal ou corretor de seguros será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto.

15.7. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do segurado ou de seus beneficiários.

16. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURO

16.1. Não haverá reintegração do capital segurado para as coberturas deste seguro.

17. PERDA DE DIREITOS

17.1. O segurado perderá o direito à indenização, se agravar intencionalmente o risco.

17.2. Se o estipulante, segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da

proposta de seguro, proposta de adesão, no valor do prêmio e/ou na regulação do sinistro, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

17.2.1. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má fé do estipulante e/ou do segurado, a seguradora poderá:

17.2.1.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

17.2.1.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) Cancelar o seguro após o pagamento da indenização retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
- b) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.**

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

17.3. O estipulante e/ou 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.

17.3.1. A seguradora, desde que o faça nos 20 (vinte) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

17.3.3. Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

17.3.4. Ocorrendo o sinistro, a seguradora somente poderá recusar-se a indenizar caso prove o nexo causal entre o relevante agravamento do risco e o sinistro caracterizado.

17.4. O segurado perderá o direito a indenização, de quaisquer coberturas contratadas, caso haja por parte do estipulante, do segurado, de seus representantes ou de seus beneficiários:

- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;**
- b) Agravação intencional do risco;**
- c) Dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a indenização, ou ainda se o estipulante, segurado ou beneficiário tentarem obter vantagem indevida pelo seguro.**

17.5. O contrato é nulo quando qualquer das partes souber, no momento de sua conclusão, que o risco é impossível ou já se realizou.

17.6. A parte que tiver conhecimento da impossibilidade ou da prévia realização do risco e, não obstante, celebrar o contrato pagará à outra o dobro do valor do prêmio.

18. CANCELAMENTO E RESCISÃO DO CONTRATO

18.1. O seguro será cancelado quando não houver o pagamento do prêmio, nas circunstâncias descritas na cláusula de PAGAMENTO DE PRÊMIO.

18.2. A apólice de seguro coletivo poderá ser cancelada a qualquer tempo, por mútuo acordo entre a seguradora e estipulante, mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, respeitado os períodos de vigências dos certificados individuais correspondentes aos prêmios já pagos pelos segurados.

18.2.1. A referida anuência não é aplicável quando tratar-se de seguros cuja forma de custeio seja "não contributivo".

18.3. A apólice de seguro coletivo poderá ser cancelada automaticamente e sem restituição dos prêmios pagos pelo estipulante, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade, na hipótese do estipulante, seus sócios controladores,

dirigentes e administradores legais agirem com dolo ou fraude, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

18.4. A cobertura de cada certificado individual cessa quando:

- a) Do final de vigência do certificado individual do seguro, sem qualquer restituição de prêmio por parte da seguradora;
- b) O segurado solicitar sua exclusão da apólice de seguro coletivo, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, com restituição de prêmio por parte da seguradora conforme;
- c) A contratação for feita por meios remotos, caso o segurado exerça o direito de desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos, a contar da data de assinatura da proposta, desde que não tenha utilizado nenhuma cobertura. Em caso de desistência, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão integralmente devolvidos e estarão sujeitos a atualização conforme disposição da cláusula "ATUALIZAÇÃO DE VALORES".

18.5. O seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com concordância recíproca, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio efetivamente pago.

18.5.1. A seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

19. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

19.1. Este seguro é contratado por estipulante através de apólice coletiva, ficando investido dos poderes de representação do grupo de segurados perante a seguradora.

19.2. Qualquer modificação na apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

19.3. A apólice pode ser rescindida a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado e consequente cancelamento dos certificados individuais vinculados à apólice coletiva.

19.4 A referida anuência, mencionada nos subitens 19.2 e 19.3 acima, não é aplicável quando tratar-se de seguros cuja forma de custeio seja "não contributivo".

19.5. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e demais disposições contratuais, constituem obrigações do Estipulante:

- a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao seguro contratado;
- d) Repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, quando este for de sua responsabilidade. O não repasse dos prêmios à seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos acarretará a suspensão ou o cancelamento da cobertura;
- e) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- f) Discriminar o nome da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o segurado;
- g) Comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- h) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- i) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- j) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo estabelecido por ela.

19.6. É expressamente vedado ao estipulante e subestipulante:

- a) Cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;**
- b) Efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.**

19.7. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e demais disposições contratuais, constituem obrigações da seguradora:

- a) Informar aos segurados a situação de adimplência do estipulante ou subestipulante, sempre que lhe for solicitado;

- b) Comunicar aos segurados os casos de não repasse à seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse; e
- c) Prestar ao estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

19.8. A renovação que não implicar alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou redução de seus direitos, poderá ser feita pelo estipulante.

19.9. No caso de não renovação da apólice coletiva, deverá ser observado que:

- a) Na hipótese de, eventualmente, existirem certificados individuais cujo fim de vigência ultrapasse o fim de vigência da apólice não renovada, a apólice e o respectivo contrato coletivo deverão ter suas vigências estendidas, pelo estipulante e pela seguradora, até o final de vigência especificado nos certificados individuais já emitidos;
- b) É expressamente vedada a emissão de novos certificados individuais durante o período de vigência estendida de que trata a alínea "a".

20. BENEFICIÁRIOS

20.1. No caso de indenização devida relativa à cobertura:

- a) Doenças Graves: o beneficiário será o próprio segurado. Em caso de falecimento do segurado, serão beneficiários os herdeiros legais.
- b) Auxílio Funeral: os beneficiários serão aqueles que comprovarem que arcaram com as despesas cobertas.

21. FORO

21.1. As questões judiciais entre o segurado e a seguradora serão processadas no foro do domicílio do segurado ou beneficiário, salvo se este optar pelo domicílio da Seguradora.

22. PRESCRIÇÃO

22.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: COBERTURAS DO SEGURO

COBERTURAS BÁSICAS

DOENÇAS GRAVES

1. RISCOS COBERTOS

1.1. A presente cobertura garante o pagamento de indenização ao beneficiário em caso de:

- a) Diagnóstico de câncer, que deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico oncologista, juntamente com os exames complementares utilizados na confirmação do diagnóstico;
- b) Diagnóstico definitivo de Acidente Vascular Cerebral (AVC), caracterizado por isquemias ou hemorragias cranianas com duração superior a 24 (vinte e quatro) horas e que resultem em sequelas neurológicas. O evento deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico neurologista, juntamente com os exames complementares utilizados na confirmação do diagnóstico;
- c) Diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio que exija Revascularização do Miocárdio. O evento deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico cardiologista, juntamente com os exames complementares utilizados na confirmação do diagnóstico.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura os riscos mencionados na cláusula "RISCOS EXCLUÍDOS" das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado é aquele estabelecido no certificado individual para esta cobertura.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de carência constará do certificado individual.

4.2. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio voluntário ou sua tentativa, sendo que o beneficiário não terá direito à indenização nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do bilhete de seguro.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- a) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- b) Comprovante de residência do segurado;
- c) Exame laboratorial que diagnosticou a doença (tomografias, ultrassonografias, biópsias e anatomopatológicos);
- d) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas que possibilitem o enquadramento do diagnóstico e do estágio da patologia de que o segurado é portador, de acordo com os critérios de indenização previstos para cobertura pleiteada.

5.1. Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

5.2. Em caso de pagamento integral da presente cobertura, as parcelas a vencer do prêmio de seguro a ela relacionadas poderão ser descontadas integralmente do valor da indenização, e os juros serão excluídos de forma proporcional.

6. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

6.1. A indenização será equivalente ao valor do capital segurado contratado para a presente cobertura.

6.2. Para fins de determinação da indenização devida ao beneficiário, considera-se como data do evento coberto a data do diagnóstico da doença, devidamente comprovado nos termos estabelecidos na cláusula Riscos Cobertos.

7. RATIFICAÇÃO

7.1 Ratificam-se as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

AUXÍLIO FUNERAL

1. RISCOS COBERTOS

1.1. A presente cobertura garante ao beneficiário, em caso de morte do segurado ocorrida durante a vigência do certificado individual do seguro, o reembolso de despesas para auxiliar no custeio do funeral.

1.2. O pagamento do Auxílio Funeral não obriga a seguradora a garantir o pagamento das demais coberturas contratadas pelo segurado, as quais serão analisadas independentemente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na cláusula “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais deste seguro, não estão garantidos por esta cobertura:

- a) Reembolso por serviços de qualquer espécie, realizados por prestadores que não sejam legalmente habilitados;**
- b) Busca ao corpo do Segurado falecido, realização de provas, bem como as formalidades legais e burocráticas, no caso do Segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja a sua natureza, implicando em morte presumida;**
- c) Reembolso de despesas que não estejam rigorosamente relacionadas ao funeral do segurado.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado é aquele estabelecido no certificado individual para esta cobertura.

4. CARÊNCIA

4.1 O período de carência constará do certificado individual.

4.11. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio voluntário ou sua tentativa, sendo que o beneficiário não terá direito à indenização nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do bilhete de seguro.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- a) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
- c) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas.

5.1. Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

5.2. Em caso de pagamento integral da presente cobertura, as parcelas a vencer do prêmio de seguro a ela relacionadas poderão ser descontadas integralmente do valor da indenização, e os juros serão excluídos de forma proporcional.

6. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

6.1. O capital segurado contratado para esta cobertura no certificado individual representa o valor máximo a ser pago pela seguradora em decorrência de um sinistro.

6.2. A indenização será equivalente às despesas, devidamente comprovadas, com o funeral do segurado, respeitando-se o capital segurado.

6.3. Considera-se como data do evento coberto para efeito de determinação da indenização devida ao beneficiário:

- a) Morte por doença: A data do falecimento do segurado;
- b) Morte por acidente: A data do acidente do segurado que resultou em sua morte.

7. RATIFICAÇÃO

7.1 Ratificam-se as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

COBERTURAS ADICIONAIS DE ASSISTÊNCIA

As coberturas abaixo listadas tem por objetivo proporcionar segurança e tranquilidade ao segurado, sendo que os respectivos riscos cobertos **serão executados exclusivamente pela rede referenciada disponibilizada pela seguradora, não sendo prevista a possibilidade de reembolso de despesas.**

O atendimento e/ou prestação de serviço de assistência, não implicam no reconhecimento de obrigação de pagamento de indenizações decorrentes de quaisquer outras coberturas constantes deste seguro.

REDE TEM FAMILIAR

1. 1. Tendo sido pago prêmio adicional correspondente, o segurado terá desconto em:
 - a) Consultas médicas via telemedicina;

- b) Exames laboratoriais;
- c) Consultas odontológicas;
- d) Rede de saúde complementar (psicologia, nutrição, fisioterapia);
- e) Medicamentos (a partir de 15% para medicamentos de marca tarjados e a partir de 30% genéricos tarjados).

1.2. Os descontos acima descritos são válidos para consultas realizadas pela rede referenciada indicada por esta seguradora.

1.3. A presente cobertura poderá ser utilizada pelo segurado, seu cônjuge e filhos de até 21 (vinte e um) anos.

TELEMEDICINA INDIVIDUAL

1.1. Tendo sido pago prêmio adicional correspondente, esta cobertura possibilita ao segurado realizar consultas médicas na especialidade de clínica geral, realizadas de forma remota, por meio de plataforma online ou link de acesso online.

1.2. As consultas são para avaliações clínicas de menor complexidade, com finalidade assistencial, prevenção de doenças e lesões e promoção da saúde.

1.3. Durante a consulta o segurado será orientado quanto às limitações inerentes ao uso da telemedicina, haja vista a impossibilidade de realização de exame físico.

1.4. A presente cobertura somente poderá ser utilizada pelo segurado.

TELEMEDICINA FAMILIAR

1.1. Tendo sido pago prêmio adicional correspondente, esta cobertura possibilita ao segurado realizar consultas médicas na especialidade de clínica geral, realizadas de forma remota, por meio de plataforma online ou link de acesso online.

1.2. As consultas são para avaliações clínicas de menor complexidade, com finalidade assistencial, prevenção de doenças e lesões e promoção da saúde.

1.3. Durante a consulta o segurado será orientado quanto às limitações inerentes ao uso da telemedicina, haja vista a impossibilidade de realização de exame físico.

1.3. A presente cobertura poderá ser utilizada pelo segurado, seu cônjuge e filhos de até 21 (vinte e um) anos.

CHECK-UP MÉDICO INDIVIDUAL

1.1. Tendo sido pago prêmio adicional correspondente, o segurado terá acesso a um Check-up médico anual individual composto de exames laboratoriais, consulta inicial e consulta de retorno.

1.2. Poderá ser realizado uma vez a cada 12 meses, respeitando a carência definida em certificado individual.

DESCONTO MEDICAMENTO BÁSICO

1.1. Tendo sido pago prêmio adicional correspondente, o segurado terá acesso à rede de farmácias credenciadas, possibilitando a aquisição de medicamentos com descontos.

- a) Desconto a partir de 15% (quinze por cento) para medicamentos de marca tarjados; e
- b) Desconto a partir de 30% (trinta por cento) para medicamentos genéricos tarjados.

1.2. Os descontos são oferecidos em mais de 6.000 farmácias pelo país, bastando o segurado informar seu CPF no balcão.

DESCONTO MEDICAMENTO 20%

1.1. Tendo sido pago prêmio adicional correspondente, o segurado terá acesso à rede de farmácias credenciadas, possibilitando a aquisição de medicamentos com descontos.

1.2. O desconto mínimo garantido é de 20% (vinte por cento), sendo:

- a) Desconto a partir de 20% (vinte por cento) para medicamentos de marca tarjados;
- b) Desconto de 20% (vinte por cento) para medicamentos genéricos tarjados.

1.3. Os descontos são oferecidos em mais de 6.000 farmácias pelo país, bastando o segurado informar seu CPF no balcão.

DESCONTO MEDICAMENTO 30%

1.1. Tendo sido pago prêmio adicional correspondente, o segurado terá acesso à rede de farmácias credenciadas, possibilitando a aquisição de medicamentos com descontos.

1.2. O desconto mínimo garantido é de 30% (trinta por cento), sendo:

- a) Desconto a partir de 30% (trinta por cento) para medicamentos de marca tarjados;
- b) Desconto de 30% (trinta por cento) para medicamentos genéricos tarjados.

1.3. Os descontos são oferecidos em mais de 6.000 farmácias pelo país, bastando o segurado informar seu CPF no balcão.

DESCONTO MEDICAMENTO PRIME

1.1. Tendo sido pago prêmio adicional correspondente, o segurado terá acesso à rede de farmácias credenciadas, possibilitando a aquisição de medicamentos, remédios de gôndolas e itens de perfumaria com descontos.

1.2. Descontos previstos:

- a) 40% (quarenta por cento) para medicamentos genéricos tarjados;
- b) 21% (vinte e um por cento) para medicamentos de marca tarjados;
- c) 15% (quinze por cento) para medicamentos de marca de venda livre;
- d) 5% (cinco por cento) para medicamentos genéricos de venda livre;
- e) 5% (cinco por cento) para perfumaria.

1.3. Os descontos são oferecidos em mais de 6.000 farmácias pelo país, bastando o segurado informar seu CPF no balcão.

PROGRAMA HÁBITOS SAUDÁVEIS

1.1. Mediante o pagamento do prêmio adicional correspondente, o segurado terá acesso ao Programa de Hábitos Saudáveis, que oferece atendimento realizado por nutricionistas, preparadores físicos e psicólogos, com elaboração de cardápios e treinos personalizados, por meio de até 1 (uma) consulta on-line por mês.

1.2. Estão previstos:

- a) Processo de boas-vindas, destinado à apresentação do programa e à realização da anamnese do segurado;
- b) Contato mensal, por meio de mensagens via WhatsApp, para acompanhamento do plano individualizado.

1.3. A presente cobertura somente poderá ser utilizada pelo segurado.

MONITORAMENTO FACIAL DA SAÚDE E BEM-ESTAR DIGITAL

1.1. Mediante o pagamento do prêmio adicional correspondente, o segurado terá acesso ao programa de Monitoramento Facial da Saúde e Bem-Estar Digital, que realiza o monitoramento de sinais vitais por meio de tecnologia de escaneamento facial, com armazenamento e análise dos dados através de algoritmos específicos.

1.2. O programa inclui a emissão de alertas automáticos para a Central de Especialistas e Saúde da Família, visando o acionamento em casos de emergência identificados durante o monitoramento.

1.3. Serão monitorados os seguintes indicadores de saúde:

- a) Variação da frequência cardíaca;
- b) Nível de oxigênio no sangue (saturação);
- c) Pressão arterial;
- d) Nível de estresse;
- e) Índice de saúde geral.

1.4. A presente cobertura somente poderá ser utilizada pelo segurado.

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

1.1. Mediante o pagamento do prêmio adicional correspondente, o segurado terá acesso ao Programa de Saúde Mental, que realiza a avaliação do estado emocional e comportamental do usuário, por meio de questionários sobre hábitos e condições de vida, classificando o nível de saúde mental e indicando protocolos personalizados conforme os riscos mapeados, incluindo, entre outros, ansiedade, depressão e burnout.

1.2. O programa contempla até 2 (duas) sessões mensais com psicólogo, no formato de terapia, sendo o atendimento sempre realizado pelo mesmo profissional, visando a continuidade e personalização do acompanhamento.

1.3. Estão previstos:

- a) Processo de boas-vindas, destinado à apresentação do programa e à realização da anamnese do segurado;
- b) Contato mensal, por meio de mensagens via WhatsApp, para acompanhamento do plano individualizado;
- c) Acesso à Telemedicina de Pronto Atendimento para avaliação em situações de emergência.

1.4. A presente cobertura somente poderá ser utilizada pelo segurado.

TRILHAS DE CUIDADO COM A SAÚDE FEMININA

1.1. Mediante o pagamento do prêmio adicional correspondente, a segurada terá acesso ao serviço Trilhas de Cuidados com a Saúde Feminina, que oferece acompanhamento personalizado às mulheres em diferentes fases da vida, incluindo mulheres jovens, tentantes, gestantes, puérperas e mulheres maduras.

1.2. O programa prevê:

- a) Consultas agendadas com especialistas em saúde da mulher e pronto-atendimento 24 (vinte e quatro) horas para emergências, por meio de plataforma digital inteligente que, através de algoritmo baseado em inteligência artificial, identifica a trilha mais adequada ao momento de vida de cada mulher e propõe um programa de cuidados individualizado. O atendimento pode ser realizado de forma virtual, por enfermeiras, nutricionistas e psicólogas, com possibilidade de agendamento ou início em até 10 (dez) minutos, além da disponibilização de conteúdos aderentes a cada fase da vida;
- b) Assistência Familiar Digital, que oferece suporte aos pais por meio de chatbot interativo, com perguntas e respostas sobre temas relacionados à educação e bem-estar infantil, abordando situações como birras, rotinas, inseguranças na criação e acolhimento, bem como temas como educação respeitosa, comportamentos, emoções e uso de telas, disponibilizados em formatos digitais como e-books, vídeos e podcasts, promovendo a parentalidade consciente;
- c) Assistência Feminina Digital, que disponibiliza informações e orientações às mulheres, por meio de chatbot, abordando mais de 200 (duzentos) temas relacionados a puberdade, gestação, maternidade e idade madura, com conteúdos em formatos digitais como e-books e vídeos, acessíveis conforme as necessidades individuais.

1.3. A presente cobertura somente poderá ser utilizada pela segurada titular.

APOIO CONTRA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

1.1. Mediante o pagamento do prêmio adicional correspondente, a segurada terá acesso ao Programa de Suporte à Mulher em Situação de Violência Doméstica, que oferece acolhimento e apoio especializado para mulheres em condições de vulnerabilidade decorrentes de violência doméstica.

1.2. O programa prevê:

- a) Possibilidade de cadastro de até 3 (três) contatos de confiança, que poderão ser acionados em situações de emergência;
- b) Disponibilização de conteúdos educativos e informativos sobre como proceder em situações de violência doméstica, incluindo orientações sobre órgãos competentes a serem procurados e formas de atuação;
- c) Indicação de rede de advogadas especializadas em casos de violência doméstica para suporte jurídico;
- d) Acesso a uma central de atendimento disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, para suporte psicológico à mulher, visando acolhimento e orientação nos momentos mais críticos.

1.3. A presente cobertura somente poderá ser utilizada pela segurada titular.