



Vida Individual Protegida

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Processo **SUSEP 15414.634379/2022-85**

SUMÁRIO

CONDIÇÕES CONTRATUAIS	4
1. APRESENTAÇÃO	4
2. INFORMAÇÕES PRELIMINARES	4
3. DEFINIÇÕES.....	5
CONDIÇÕES GERAIS	16
4. OBJETIVO DO SEGURO	16
5. COBERTURAS	16
6. RISCOS EXCLUÍDOS.....	17
7. PERDA DE DIREITOS	18
8. CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	20
9. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS.....	20
10. EXTINÇÃO DO CONTRATO	20
11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	21
12. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO.....	23
13. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	23
14. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO E LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA DA APÓLICE	23
15. CARÊNCIAS	23
16. FRANQUIAS	24
17. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CONTRATO.....	24
18. BENEFICIÁRIOS	26
19. CAPITAL SEGURADO.....	27
20. PAGAMENTO DO PRÊMIO	27
21. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA	29
22. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	29
23. REGULAÇÃO DE SINISTRO	30
24. JUNTA MÉDICA	31
25. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	32
26. SUB-ROGAÇÃO	33
27. COMUNICAÇÕES.....	33
28. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS	33
29. PRESCRIÇÃO	34
30. FORO	34
CONDIÇÕES ESPECIAIS	35
COBERTURA DE MORTE	35
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL	37
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	39
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	47



COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.....	51
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO) DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL	59
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA.....	62
COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE POR ACIDENTE OU DOENÇA.....	67
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES	71
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER	78
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE	83
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHO(S).....	85
COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL INDIVIDUAL	87
COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR.....	91
COBERTURA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO	95

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

1. APRESENTAÇÃO

Apresentamos as condições contratuais do Seguro **VIDA INDIVIDUAL PROTEGIDA**, de contratação coletiva, contendo as garantias contratadas, os riscos cobertos, os riscos excluídos e todos os demais dispositivos contratuais, cuja íntegra estará à disposição para consulta a qualquer momento, permanecendo a equipe técnica desta Seguradora sempre à disposição para esclarecer quaisquer pontos ou dúvidas acerca do produto.

2. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 2.1. A aceitação deste seguro está sujeita à análise do risco.
- 2.2. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 2.3. A contratação deste seguro é opcional, sendo facultado ao SEGURADO o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.
- 2.4. Na contratação por meios remotos, o Segurado poderá desistir do contrato do seguro no prazo de até 7 (sete) dias corridos a contar da data da sua adesão ao seguro.
- 2.5. A utilização de meios remotos na emissão da apólice e certificado individual garante ao Segurado a possibilidade de impressão do documento e, a qualquer tempo, o fornecimento de sua versão física, mediante solicitação à Seguradora.
- 2.6. O registro deste produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.
- 2.7. Para sinistros, o Segurado poderá entrar em contato pelo telefone **0800 770 5549** (atendimento de segunda a sexta, das 8h às 20h e aos sábados, das 8h às 17h, exceto feriados) ou pelo **SAC 0800 725 1105** (atendimento todos os dias, 24 horas por dia) ou por meio do **endereço eletrônico atendimento@alba.com.br**. Para atendimento à pessoa com deficiência auditiva ou de fala, o segurado deverá enviar mensagem para o **WhatsApp (11) 4369-7171** ou através do **Chat** no site www.alba.com.br (atendimento todos os dias, 24 horas por dia) ou ainda para o **endereço eletrônico atendimento_def@alba.com.br**. Caso o Segurado possua um número de protocolo do SAC sem solução satisfatória, poderá contestar na Ouvidoria através do telefone **0800 725 1071** (atendimento de segunda a sexta, das 7h às 20h, exceto feriados).
- 2.8. Para registro de reclamações dos consumidores pessoas físicas, deverá ser utilizada a plataforma digital oficial: <https://www.consumidor.gov.br>.
- 2.9. Suas informações estão protegidas pela Lei Geral de Proteção de Dados. A SEGURADORA zela pelos seus dados e informações constantes em nosso banco de dados e cumpre com a LGPD. O compartilhamento de seus dados e informações somente com empresas que nos auxiliam a cumprir nossos compromissos contigo, mediante contratos firmados com empresas de assistência, resseguradores e órgão fiscalizador e Normativo. Bem como, com empresas de comunicação, de pesquisas e do nosso conglomerado econômico, sempre com o objetivo de



aprimorar os produtos e serviços que oferecemos aos Segurados. Para saber mais sobre como tratamos seus dados pessoais, entre no site https://www.alba.com.br/?page_id=3.

3. DEFINIÇÕES

Visando tornar mais compreensível e transparente este Contrato de Seguro, apresentamos os principais termos técnicos utilizados nestas Condições Gerais com seus respectivos conceitos:

3.1. ACEITAÇÃO DO RISCO

Ato de aprovação pela ALBA SEGURADORA da proposta de seguro efetuada pelo Proponente, para cobertura de seguro proposta de determinado(s) risco(s), após sua análise.

3.2. ACIDENTE PESSOAL

O evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, incluindo-se nesse conceito.

3.2.1. O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor.

3.2.2. Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto.

3.2.3. Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores.

3.2.4. Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros.

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

3.2.6. Excluem-se desse conceito:

3.2.6.1. 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.

3.2.6.2. As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

3.2.6.3. As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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.



3.2.6.4. 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.

3.3. AGRAVAMENTO DE RISCO

Deterioração das circunstâncias que influenciaram a avaliação original de um risco: aumento de sua probabilidade de vir a ocorrer e/ou expectativa de mais danos em caso de sinistro.

3.4. APÓLICE

Documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos. No caso das presentes condições, trata-se do contrato de seguro firmado entre Proponente e a SEGURADORA formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s), com base nas informações fornecidas na Proposta de Contratação, sendo composto pelas respectivas Condições Gerais e Especiais do Seguro, que fixam os direitos e obrigações do Segurado, da ALBA SEGURADORA e do(s) Beneficiário(s).

3.5. ATIVIDADE PROFISSIONAL

Ocupação profissional declarada pelo Segurado, reconhecida legalmente, da qual ele auferir seu principal rendimento e provém seu sustento.

3.6. ATIVIDADE LABORATIVA PRINCIPAL

Aquela por meio da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

3.7. ATO DOLOSO

Ato ilícito causado por ação ou omissão voluntária.

3.8. ATO ILÍCITO

Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

3.9. AVISO DE SINISTRO

Comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento. Trata-se de o documento fornecido ao Corretor de Seguros ou disponibilizado via canais de comunicação disponibilizados pela SEGURADORA ao Segurado ou Beneficiário para o devido preenchimento, devolvendo com os documentos básicos solicitados nas Condições Gerais e Especiais, quando da ocorrência de um evento. É o documento obrigatório para que seja feita a comunicação formal da ocorrência do sinistro.

3.10. AGRAVO MÓRBIDO:

Evolução com piora de uma doença.



3.11. ALIENAÇÃO MENTAL

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

3.12. APARELHO LOCOMOTOR

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

3.13. ATIVIDADE LABORATIVA

Qualquer atividade ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.

3.14. AUXÍLIO

Ajuda por meio de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

3.15. ATO MÉDICO

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

3.16. CARDIOPATIA GRAVE

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

3.17. COGNIÇÃO

Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

3.18. CONECTIVIDADE COM A VIDA

Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

3.19. CONSUMPÇÃO

Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

3.20. DADOS ANTROPOMÉTRICOS

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

3.21. DEAMBULAR



Ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

3.22. DEFICIÊNCIA VISUAL

Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado clinicamente normal.

3.23. DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA

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

3.24. DOENÇA CRÔNICA

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

3.25. DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE

Doença crônica que se mantém ativa apesar de tratamento (doença crônica agudizada ou agudização de doença cronicada).

3.26. DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO

Doença crônica que se evolui em curso de piora, com ou sem tratamento.

3.27. DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL

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

3.28. DOENÇA NEOPLÁSICA MALIGNA ATIVA

Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade, necessitando de laudos de exame anatomopatológico para sua classificação definitiva.

3.29. DOENÇA PROFISSIONAL

Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida por meio de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

3.30. BENEFICIÁRIO

Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro. No caso da cobertura de sobrevivência, pessoa física indicada pelo segurado para receber o capital segurado ou o resgate, na hipótese de seu falecimento, de acordo com a estrutura do plano.



3.31. BOA-FÉ

No contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que devem ter o Segurado e a SEGURADORA, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios e convictos de que atuam em conformidade com a lei.

3.32. CANCELAMENTO

Dissolução antecipada do contrato de seguro em relação à sua vigência originalmente pactuada entre a SEGURADORA e o Segurado.

3.33. CAPITAL SEGURADO

Importância máxima estabelecida para cada cobertura, a ser paga pela SEGURADORA em caso de ocorrência de evento coberto por este Seguro. O valor do Capital Segurado será pactuado na Proposta de Contratação do Seguro, preenchida e assinada pelo Proponente.

3.34. CARÊNCIA

Período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

3.35. COBERTURAS

Numa acepção ampla, é o conjunto dos riscos cobertos elencados na apólice. No caso destas condições gerais, tratam-se dos riscos associados às diversas garantias passíveis de contratação disponibilizadas pela SEGURADORA, definidas nas Condições Especiais. As Coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente da Apólice de Seguro.

3.36. CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Representam as Condições Gerais, Condições Especiais e Condições ou Cláusulas Particulares de um mesmo seguro, incluindo as da Proposta de Contratação e do Certificado Individual.

3.37. CONDIÇÕES ESPECIAIS

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

3.38. CONDIÇÕES GERAIS

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

3.39. CONDIÇÕES E/OU CLÁUSULAS PARTICULARES

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



3.40. CONTRATO DE SEGURO

Instrumento jurídico firmado entre o Segurado e a SEGURADORA que estabelece as peculiaridades da contratação de seguro e fixa os direitos e obrigações da SEGURADORA, do Segurado e do(s) Beneficiário(s).

3.41. CORRETOR DE SEGUROS

No caso de pessoa física, trata-se de profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas. É um profissional autônomo escolhido pelo Segurado e/ou seu representante legal junto à SEGURADORA. No caso de pessoa jurídica, trata-se de empresa cuja constituição é regulada por leis e normas específicas, e que tem atuação semelhante à de um corretor de seguros.

3.42. DATA DE EXIGIBILIDADE

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

3.43. DECLARAÇÃO MÉDICA

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

3.44. DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES

Informações que devem ser prestadas pelo proponente, relacionadas às suas condições de saúde e/ou de atividades exercidas, e que serão levadas em consideração pela sociedade seguradora para avaliação do risco e na regulação de evento coberto. Tal declaração é apresentada por meio formal e legal, sendo inclusa na Proposta de Contratação em que o Proponente ou Segurado, presta informações sobre as suas condições de saúde e atividades, assinando e responsabilizando-se pela veracidade e detalhamento das informações prestadas na data da assinatura da Proposta de Contratação, para análise de aceitação da SEGURADORA.

3.45. DOENÇAS OU LESÕES PRÉ-EXISTENTES

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro e respectiva assinatura da proposta de seguros, caracterizando-se pela existência de qualquer alteração evidente do seu estado de saúde que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro, e que poderão ser identificadas pela SEGURADORA por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais ou quaisquer outros meios. Se não forem informadas na declaração pessoal de saúde, na proposta de adesão ou outro documento ou meio ofertado pela Seguradora, as doenças e lesões pré-existentes não geram o direito à indenização.



3.46. ENDOSSO

Documento expedido pela SEGURADORA, durante a vigência da apólice, pelo qual a SEGURADORA, de comum acordo com o Segurado, aceita a alteração de dados, modificação de condições, coberturas ou beneficiários.

3.47. EVENTO COBERTO

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

3.48. FRANQUIA

Quantia fixa, definida na apólice, que, em caso de sinistro, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela Sociedade Seguradora, dependendo das disposições do contrato. A franquia é deduzida por evento ocorrido.

3.49. INDENIZAÇÃO

Pagamento efetuado pela SEGURADORA ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), quando da ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do contrato de seguro, limitado ao valor do capital segurado da cobertura contratada.

3.50. MÉDICO ASSISTENTE

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

3.51. MEIOS REMOTOS

São 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.

3.52. NATIMORTO

Criança que ao nascer já se encontra morta.

3.53. PERÍODO DE COBERTURA

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



3.54. PRÊMIO DO SEGURO

Importância paga pelo Segurado ou estipulante/proponente à SEGURADORA para que esta assuma o risco a que o Segurado está exposto. Trata-se do valor pago à SEGURADORA em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

3.55. PROCESSO SUSEP

Registro deste produto na SUSEP, que, contudo, não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

3.56. PROPONENTE

Pessoa física interessada em contratar a(s) cobertura(s) do seguro ou aderir ao contrato, no caso de contratação sob a forma coletiva.

3.57. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco por meio do qual o Proponente expressa a intenção de contratar o seguro e a(s) respectivas(s) cobertura(s) direcionadas às pessoas a ele vinculadas, manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais e Especiais da Apólice.

3.58. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES

Aquele por meio do qual repartem-se ou dividem-se entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados nesse mesmo período.

3.59. REGULAÇÃO DE SINISTRO

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

3.60. REPRESENTANTE DE SEGUROS

É a pessoa jurídica que assume a obrigação de promover, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a realização de contratos de seguro à conta e em nome da SEGURADORA mediante contrato particular devidamente acordado entre as partes.

3.61. RISCOS EXCLUÍDOS

São aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais que não serão cobertos pela apólice de seguro.

3.62. SEGURADORA

Sociedade que, mediante recebimento do prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto. Este produto e condições gerais e especiais estão vinculados ao contrato de vida individual da SEGURADORA.



3.63. SEGURADO

Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro.

3.64. SINISTRO

Ocorrência de risco coberto durante o período de vigência do Contrato de Seguro.

3.65. VIGÊNCIA

Período que determina a data de início e de término do Contrato de Seguro.

3.66. ESTADOS CONEXOS

Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

3.67. ETIOLOGIA

Causa de cada doença ou mecanismo de estabelecimento de um quadro patológico.

3.68. FATORES DE RISCO E MORBIDADE

Fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interagem.

3.69. HÍGIDO

Saudável.

3.70. INFARTO

3.70.1. É a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O infarto deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico especialista e através de exames de eletrocardiograma e exames laboratoriais (enzimas específicas).

3.70.2. O diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:

3.70.2.1. História de dores torácicas típicas.

3.70.2.2. Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas TQ).

3.70.2.3. Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).

3.70.2.4. Avaliação de enzimas cardíacas, incluindo CK-MB.

3.71. INSUFICIÊNCIA RENAL

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

3.72. MORADIA HABITUAL



Lugar em que a pessoa tem sua habitação ordinária ou em que mantém a sua residência habitual dentro do território brasileiro.

3.73. PROGNÓSTICO

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

3.74. QUADRO CLÍNICO

Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente e relatadas por um médico.

3.75. RECIDIVA

Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

3.76. REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA

Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

3.77. RELAÇÕES EXISTENCIAIS

Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

3.78. SENTIDO DE ORIENTAÇÃO

Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

3.79. SEQUELA

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

3.80. TRANSFERÊNCIA CORPORAL

Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3.80.1. Câncer ou neoplasia (tumores malignos): doença provocada por um tumor maligno (sarcomas, carcinomas, leucemias e similares), cujas características são o crescimento e a multiplicação incontrolada das células malignas, bem como a invasão e a destruição do tecido normal.

3.80.2. Infarto agudo do miocárdio: necrose de uma área do músculo cardíaco, por consequência de um aporte sanguíneo deficiente na respectiva zona. O diagnóstico se baseia no histórico de dores torácicas típicas, nas elevações das enzimas cardíacas e nas alterações do ECG (eletrocardiograma).

3.80.3. Isquemia ou hemorragia cérebro-vascular: qualquer acidente cérebro-vascular com sequelas neurológicas e com duração superior a 24 (vinte e quatro) horas, que inclui a morte do tecido cerebral decorrente de fluxo sanguíneo deficiente por hemorragia, isquemia ou embolia. A



deficiência neurológica deve ser permanente, não se observando qualquer regressão nas primeiras 72 (setenta e duas) horas, e estar instalada por pelo menos 3 (três) meses. A deficiência neurológica deve ser demonstrada clinicamente de forma objetiva e determinar, por si só, uma incapacidade funcional de membros ou órgãos.

CONDIÇÕES GERAIS

4. OBJETIVO DO SEGURO

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

5. COBERTURAS

5.1. As coberturas passíveis de contratação para este seguro são as abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações oferecidas e comercializadas pela ALBA SEGURADORA:

- 5.1.1.** Morte
- 5.1.2.** Morte Acidental
- 5.1.3.** Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
- 5.1.4.** Invalidez Permanente Total por Acidente
- 5.1.5.** Invalidez Permanente Funcional e Total por Doença
- 5.1.6.** Despesas Médico, hospitalares e Odontológicas decorrentes de Acidente .
- 5.1.7.** Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença.
- 5.1.8.** Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.
- 5.1.9.** Doenças Graves.
- 5.1.10.** Diagnóstico de Câncer.
- 5.1.11.** Cobertura suplementar de inclusão facultativa de cônjuge.
- 5.1.12.** Cobertura suplementar de inclusão facultativa de filho(s).
- 5.1.13.** Auxílio Funeral Individual.
- 5.1.14.** Auxílio Funeral Familiar.
- 5.1.15.** Auxílio Alimentação.

5.2. PARA CARACTERIZAÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO DESTE PLANO COMO CONTRATO DE SEGURO DE VIDA, OBRIGATORIAMENTE, DEVERÁ SER CONTRATADA A COBERTURA DE MORTE.

5.3. PARA MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS É PERMITIDO EXCLUSIVAMENTE O PAGAMENTO DO REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL.

5.4. Os Riscos Cobertos das coberturas previstas neste plano, encontram-se descritas nas CONDIÇÕES ESPECIAIS das respectivas coberturas.



6. RISCOS EXCLUÍDOS

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS DO SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:

- 6.1. DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES.**
- 6.2. DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, DE GUERRA CIVIL, DE GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REBELIÃO, REVOLTA, MANIFESTAÇÃO NÃO PACÍFICA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA OU DELAS DECORRENTES, GREVES, TUMULTOS, MANIFESTAÇÕES NÃO PACÍFICAS, MOTINS, “LOCK-OUT”, EXCETO QUANDO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE DE AUXÍLIO A OUTREM.**
- 6.3. DE DOENÇAS, ACIDENTES OU LESÕES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO NÃO DECLARADAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, E QUE ERAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO, INCLUSIVE AS CONGÊNITAS.**
- 6.4. DA MORTE E INVALIDEZ DO SEGURADO PROVOCADA POR EPIDEMIA, ENDEMIA OU PANDEMIA DECLARADA PELA AUTORIDADE COMPETENTE, ALÉM DE ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO.**
- 6.5. DE SUICÍDIO NOS PRIMEIROS 2 (DOIS) ANOS, CONTADOS A PARTIR DA DATA DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO SEGURO.**
- 6.6. DE ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR NECESSIDADE JUSTIFICADA, EXCETO NOS CASOS DE UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.**
- 6.7. TUFÕES, FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, TSUNAMIS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA.**
- 6.8. DIRETA OU INDIRETAMENTE DE ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM TODA DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMENTE DO SEU PROPÓSITO, DESDE QUE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE COMPETENTE.**
- 6.9. DA PRÁTICA DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO.**
- 6.10. DE ACIDENTES OCORRIDOS DURANTE A PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM APOSTAS OU RACHAS, EXCETO NA PRÁTICA DE ESPORTES E NOS CASOS ONDE O MESMO TENHA COMUNICADO TAL PRÁTICA À SEGURADORA E ESTA TENHA EXPRESSAMENTE ACEITADO O RISCO.**
- 6.11. DE ACIDENTES OCORRIDOS ONDE O SEGURADO, NA CONDIÇÃO DE CONDUTOR DO VEÍCULO OU EQUIPAMENTO QUE REQUEIRA APTIDÃO, NÃO POSSUA HABILITAÇÃO LEGAL PARA TANTO.**



- 6.12. EVENTOS CAUSADOS EXCLUSIVAMENTE PELA NÃO UTILIZAÇÃO, PELO SEGURADO, DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA EXIGIDOS POR LEI.**
- 6.13. ACIDENTES SOFRIDOS ANTES DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, AINDA QUE MANIFESTADO DURANTE A SUA VIGÊNCIA.**
- 6.14. EVENTOS EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM, CONSUMADOS OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA A PESSOA EM PERIGO.**
- 6.15. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.**
- 6.16. ESTE SEGURO TAMBÉM NÃO GARANTE:**
- 6.16.1. DANOS MORAIS E/OU ESTÉTICOS.**
 - 6.16.2. QUAISQUER TIPOS DE PERDA E DANOS, LUCROS CESSANTES, INTERRUPTÃO DE RENDA E PENSIONAMENTO.**
 - 6.16.3. QUALQUER TIPO DE EVENTO CUJA COBERTURA NÃO TENHA SIDO CONTRATADA.**
- 6.17. TENDO EM VISTA QUE ESTE CONTRATO GARANTE O PAGAMENTO DE UM CAPITAL PRÉ-DETERMINADO EM VIRTUDE DA OCORRÊNCIA DE SINISTROS COBERTOS DE ACORDO COM AS COBERTURAS CONTRATADAS, NENHUMA INDENIZAÇÃO SERÁ DEVIDA, A QUALQUER TIPO, PARA ALÉM DAQUELAS PREVISTAS, AINDA QUE DECORRENTES DE EVENTOS COBERTOS.**
- 6.18. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS.**
- 6.19. NÃO ESTÃO COBERTOS DANOS E PERDAS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTOS HÁBEIS, ACOMPANHADOS 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 POR AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE.**

7. PERDA DE DIREITOS

- 7.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO COM BASE NO PRESENTE SEGURO SE O SEGURADO, SEU REPRESENTANTE OU SEU CORRETOR DE SEGUROS FIZER DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO, ALÉM DE ESTAR O SEGURADO OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO.**
- 7.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO SEGURADO, A SEGURADORA PODERÁ:**
- 7.2.1. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:**
 - 7.2.1.1. CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU MEDIANTE ACORDO ENTRE AS**



PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.

7.2.1.2. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:

7.2.1.2.1 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, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU DEDUZINDO-A DO VALOR A SER PAGO AO SEGURADO OU AO BENEFICIÁRIO OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.

7.2.2. 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, EFETUANDO O PAGAMENTO E DEDUZINDO DO SEU VALOR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

7.3. O SEGURADO ESTÁ OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, QUALQUER FATO SUSCETÍVEL DE AGRAVAR O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À COBERTURA SE FICAR COMPROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, EM OBSERVÂNCIA AOS ARTIGOS 768 E 769 DO CÓDIGO CIVIL.

7.4. A SEGURADORA, DESDE QUE O FAÇA NOS 15 (QUINZE) DIAS SEGUINTE AO RECEBIMENTO DO AVISO DE AGRAVAÇÃO DO RISCO, PODERÁ DAR-LHE CIÊNCIA, POR ESCRITO, DE SUA DECISÃO DE CANCELAR O SEGURO OU, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, RESTRINGIR A COBERTURA CONTRATADA OU COBRAR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

7.5. O CANCELAMENTO DO SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER APÓS O EFETIVO CANCELAMENTO.

7.6. A SEGURADORA FICARÁ ISENTA DO PAGAMENTO DE QUALQUER INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA CASO SEJA CONSTATADA A OMISSÃO VOLUNTÁRIA, POR PARTE DO SEGURADO, DE PERGUNTAS CONTIDAS NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE QUANDO DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, E A SEGURADORA COMPROVAR O CONHECIMENTO PRÉVIO DO PROPONENTE.

7.7. A SEGURADORA TAMBÉM NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO, COM BASE NO PRESENTE SEGURO, CASO HAJA POR PARTE DO SEGURADO OU DO(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU REPRESENTANTE OU CORRETOR DE SEGUROS:

7.7.1. INOBSERVÂNCIA DA LEI OU DAS OBRIGAÇÕES CONVENCIONADAS NESTE SEGURO.

7.7.2. PRÁTICA DE DOLO, FRAUDE OU SUA TENTATIVA, SIMULAÇÃO PARA OBTER OU MAJORAR A INDENIZAÇÃO OU AINDA SE O SEGURADO OU BENEFICIÁRIO TENTAR OBTER VANTAGEM INDEVIDA COM O SINISTRO..

7.7.3. DEIXAR DE COMUNICAR A SEGURADORA TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO EM CONFORMIDADE COM OS

SUBITENS 7.3. E 7.4. DESTAS CONDIÇÕES GERAIS, E AINDA COM O ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL, SE FICAR COMPROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ.

8. CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

SOMENTE PODERÃO SER ACEITAS NO SEGURO AS PESSOAS QUE NA DATA DO PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:

- 8.1.** ESTEJAM EM BOAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E EM PLENAS CONDIÇÕES DE EXERCER ATIVIDADE PROFISSIONAL /LABORATIVA OU, NO CASO DE APOSENTADOS, DESDE QUE O SEJAM POR TEMPO DE SERVIÇO OU IDADE, DESDE QUE SE ENCONTREM EM PERFEITAS CONDIÇÕES DE SAÚDE.
- 8.2.** NÃO ESTEJAM AFASTADOS DO TRABALHO, INDEPENDENTEMENTE DO MOTIVO.
- 8.3.** TENHAM IDADE E CAPITAIS SEGURADOS DENTRO DOS LIMITES ESTABELECIDOS NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DA APÓLICE.
- 8.4.** OS PROPONENTES PORTADORES DE DEFICIÊNCIA DEVEM RESSALTAR O GRAU DE INVALIDEZ PREEXISTENTE PARA EFEITO DE LIMITAÇÃO DA RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA.

9. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS

A contratação ou alteração deste seguro poderá ser feita por meios remotos, devendo para tanto ser garantidos:

- 9.1.** A confirmação do recebimento de documentos e mensagens enviadas pela Seguradora ao Segurado.
- 9.2.** O fornecimento de protocolo ao segurado ou ao corretor, das solicitações e procedimentos relativos a este seguro, podendo ser dispensado o protocolo mediante o acesso ou consulta a documentos e informações disponibilizados pela Seguradora.
- 9.3.** A disponibilização de documentos relativos à contratação do seguro, preferencialmente pelo mesmo meio remoto usado na contratação, com instruções detalhadas para acesso seguro aos documentos contratuais dos produtos contratados, garantindo-se a possibilidade de impressão ou download, devendo conter a informação da data e da hora da sua emissão.
- 9.4.** As solicitações do Segurado relativas a procedimentos necessários ao encerramento da relação contratual pelo mesmo meio utilizado na contratação, sem prejuízo da disponibilização de outros meios.
- 9.5.** Na impossibilidade de uso do mesmo meio utilizado na contratação, por sua falta ou descontinuidade, será disponibilizado meio remoto equivalente ao da contratação, considerando aspectos de custo, tempo e facilidade para o Segurado.

10. EXTINÇÃO DO CONTRATO

- 10.1.** O Seguro poderá ser resilido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, observado o disposto nestas Condições Gerais, observando-se o disposto no subitem 7.5 quanto à eficácia do cancelamento.



- 10.2. SEM PREJUÍZO DE OUTRAS PENALIDADES CABÍVEIS, O SEGURO ESTARÁ EXTINTO INDEPENDENTEMENTE DE NOTIFICAÇÃO OU INTERPELAÇÃO JUDICIAL, E SEM QUE CAIBA INDENIZAÇÃO A QUALQUER PARTE, PRESERVADOS OS DIREITOS DO SEGURADO, NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:**
- 10.2.1. POR FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA DO PRÊMIO, APÓS O PRAZO DISPOSTO NO ITEM 20.20 DA CLÁUSULA 20 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS.**
 - 10.2.2. AUTOMATICAMENTE, COM A MORTE DO SEGURADO OU COM O PAGAMENTO DA COBERTURA POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA.**
 - 10.2.3. MEDIANTE SOLICITAÇÃO PELO SEGURADO À SEGURADORA.**
 - 10.2.4. PELO DESCUMPRIMENTO DE QUALQUER DISPOSITIVO DESTAS CONDIÇÕES GERAIS OU DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.**
 - 10.2.5. SE HOVER DOLO, CULPA GRAVE, PRÁTICA DE FRAUDE, CONSUMADA OU TENTADA, POR PARTE DO SEGURADO OU DO(S) BENEFICIÁRIO(S), NO ATO DA CONTRATAÇÃO OU DURANTE TODA A VIGÊNCIA DO CONTRATO.**
 - 10.2.6. COM A CARACTERIZAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL DE UM OU MAIS MEMBROS DO SEGURADO QUE DETERMINE O PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO PARA A COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.**
- 10.3. O PAGAMENTO DE PRÊMIOS PELO SEGURADO, DE QUALQUER VALOR, À SEGURADORA APÓS A DATA DE RESCISÃO NÃO IMPLICA A REABILITAÇÃO DO SEGURO, NEM GERA QUALQUER EFEITO, DEVENDO SER DEVOLVIDO, DEVIDAMENTE CORRIGIDO.**
- 10.4. NO CASO DE RESILIÇÃO TOTAL OU PARCIAL DO SEGURO, A QUALQUER TEMPO, POR INICIATIVA DE QUALQUER DAS PARTES E COM A CONCORDÂNCIA RECÍPROCA, A SEGURADORA PODERÁ RETER DO PRÊMIO RECEBIDO, ALÉM DOS EMOLUMENTOS, A PARTE PROPORCIONAL AO TEMPO DE COBERTURA DECORRIDO;**
- 10.5. DURANTE A VIGÊNCIA DO SEGURO, A APÓLICE NÃO PODERÁ SER CANCELADA PELA SEGURADORA SOMENTE SOB ALEGAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA NATUREZA DOS RISCOS.**

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 11.1.** O Seguro terá vigência de até 3 (três) anos, sendo seu início às 24 (vinte e quatro) horas da data definida na apólice, inclusive os endossos correspondentes, podendo ser renovado automaticamente por mais um período.
- 11.2.** A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:
- 11.2.1.** A data da manifestação expressa pela sociedade seguradora.
 - 11.2.2.** A data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual.



- 11.2.3.** A data de término do prazo previsto no caput do art. 4º, quando caracterizada a aceitação tácita da proposta prevista no § 2º do mesmo artigo.
- 11.3.** A SEGURADORA providenciará a emissão e o envio da apólice ou do endosso no prazo de 15 (quinze) dias úteis, a partir da data da aceitação da proposta de contratação, sendo garantida, em caso de uso de meios remotos, a possibilidade de impressão e download pelo cliente.
- 11.4.** A proposta de contratação recepcionada sem adiantamento de prêmio terá o seu início de vigência da cobertura na data do efetivo pagamento do prêmio.
- 11.5.** A proposta de contratação que tenha sido recepcionada com adiantamento do prêmio, total ou parcial, ou com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terá seu início de vigência na data em que a SEGURADORA receber a proposta assinada pelo proponente.
- 11.6.** No caso da proposta de contratação que tenha sido recepcionada sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 11.7.** Na Renovação da Apólice, a SEGURADORA poderá adotar:
- 11.7.1.** Para o primeiro período de renovação, a SEGURADORA poderá exigir nova declaração pessoal de saúde e atividades, exames ou declaração médica e reavaliar as condições para a nova vigência, ou manter as condições de taxas, prêmios e coberturas de acordo com a avaliação do risco.
- 11.7.2.** A Apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas na Cláusula 10 (EXTINÇÃO DO CONTRATO) destas Condições Gerais, sendo que a Seguradora poderá solicitar nova declaração de saúde e atividades para avaliação do risco, sem prejuízo da obrigação do Segurado de informar qualquer alteração em seu estado de saúde.
- 11.7.3.** A Renovação ocorrerá com a emissão de endosso ou nova apólice para o Segurado.
- 11.7.4.** A Renovação automática a que se refere o subitem 11.7.2. desta Cláusula não se aplicará quando a SEGURADORA ou o Segurado comunicarem desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias do final de Vigência da Apólice.
- 11.7.5.** NA RENOVAÇÃO DO SEGURO, PODERÁ HAVER REENQUADRAMENTO POR AUMENTO DE SINISTRALIDADE.
- 11.7.6.** A SEGURADORA fornecerá ao Segurado, seu representante e/ou corretor de seguros, protocolo que identifique a Proposta de renovação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 11.7.7.** Para a Proposta de Renovação, aplicam-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 8. (Condição para Aceitação de Segurados) destas Condições Gerais.
- 11.8.** Este seguro é por prazo determinado, tendo a SEGURADORA a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice, ou estabelecer novas condições de Renovação do seguro.



12. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

- 12.1.** Se, após a data estabelecida para pagamento do PRÊMIO, este não tiver sido quitado, as coberturas do seguro estarão automaticamente suspensas a partir do primeiro dia de VIGÊNCIA do período de cobertura a que se referir a cobrança.
- 12.2.** No caso do pagamento dos PRÊMIOS em atraso dentro do prazo máximo de 60 (sessenta) dias, as coberturas ficarão restabelecidas na data do pagamento.
- 12.3.** ESTARÁ GARANTIDA A INDENIZAÇÃO EM RELAÇÃO A QUALQUER SINISTRO QUE VENHA A OCORRER DURANTE O PERÍODO DE SUSPENSÃO DA COBERTURA, DESDE QUE O PRÊMIO CORRESPONDENTE TENHA SIDO QUITADO NO PRAZO ACIMA ESTABELECIDO.
- 12.4.** Os PRÊMIOS em atraso serão cobrados de uma só vez, acrescidos dos encargos contratuais estabelecidos em Cláusula Particular da ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE.

13. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 13.1.** O âmbito geográfico do Seguro das coberturas será todo Globo Terrestre, salvo disposição em contrário discriminado nas Condições Especiais, Contratuais ou na especificação da respectiva apólice.
- 13.2.** Quando for o caso, eventuais encargos de tradução juramentada, referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da SEGURADORA, o qual deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecida na apólice, atualizado monetariamente nos termos da legislação civil vigente.
- 13.3.** O ÂMBITO GEOGRÁFICO DIZ RESPEITO EXCLUSIVAMENTE AO SEGURO, SENDO A ASSISTÊNCIA SUBORDINADA AOS TERMOS PRESENTES NAS REGRAS ESPECÍFICAS PRVEVISTAS PARA ASSISTÊNCIA.

14. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO E LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA DA APÓLICE

- 14.1.** O limite máximo de indenização (LMI) representa o valor máximo de responsabilidade assumida por esta SEGURADORA, com base neste Contrato de Seguro, conseqüente de determinado evento ou série de eventos ocorridos na vigência do seguro e garantidos pela(s) garantia(s) contratada(s), conforme disposto no certificado individual.
- 14.2.** O limite máximo de garantia da apólice (LMG), não obstante o limite máximo de indenização (LMI), poderá ser estabelecido expressamente na apólice, por sinistro ou série de sinistros.
- 14.3.** Por acordo entre as partes contratantes poderá haver alteração do LMI ou LMG previstos na apólice.

15. CARÊNCIAS

- 15.1.** Quando aplicáveis, as carências serão estabelecidas nas Condições Especiais descritas para cada cobertura contratada.



15.2. O prazo de carência não poderá ser superior a 2 (dois) anos, nem poderá exceder à metade do prazo de Vigência da Apólice.

15.3. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio, que, na forma da legislação vigente, é de 2 (dois) anos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou sua recondução depois de suspenso, bem como sobre as parcelas aumentadas dos capitais solicitados após o início de vigência individual.

16. FRANQUIAS

Aplicam-se as FRANQUIAS especificadas nas Condições Especiais deste produto, e/ou na ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE, ou Certificado Individual.

17. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CONTRATO

17.1. PODERÃO SER INCLUÍDOS NO SEGURO PESSOAS QUE SE ENQUADRAREM NA CLÁUSULA 8. (CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO DE SEGURADOS), MEDIANTE A DA FORMULAÇÃO E ASSINATURA DA PROPOSTA DE ADEÇÃO, COM PREENCHIMENTO COMPLETO E DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE, BEM COMO A ENTREGA DOS DOCUMENTOS QUE A SEGURADORA JULGAR NECESSÁRIOS PARA ANÁLISE DOS RISCOS SEGURÁVEIS.

17.2. A inclusão do proponente no seguro far-se-á mediante meios remotos disponibilizados pela SEGURADORA, em conformidade com regulamentações vigentes, e preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação, contendo, no mínimo, além dos dados pessoais, o número do CPF, documento de identidade válido em território nacional, o plano escolhido com as respectivas coberturas, prêmios devidos, período de cobertura, declaração de conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais e Especiais do seguro, declaração de saúde, indicação de seu(s) Beneficiário(s), existência de outros seguros de pessoas com coberturas similares, bem como as demais informações previstas nestas Condições Gerais.

17.3. No ato da contratação, a SEGURADORA disponibilizará por meios remotos e em suas mídias os documentos associados ao seguro contratado, incluindo condições gerais, certificado individual, apólice, termos de uso, e, quando aplicável, endosso, bem como poderá entregar as presentes Condições Gerais do Seguro e as Condições Especiais ao Proponente para prévio conhecimento e avaliação.

17.4. A Proposta de Contratação será recepcionada pela SEGURADORA sob protocolo com indicação da data e hora de seu recebimento, por meio físico ou meio remoto, e, com base na declaração prestada pelo Proponente, fará a análise para aceitação ou recusa dos riscos propostos.

17.5. OS PROPONENTES PORTADORES DE DEFICIÊNCIA DEVEM RESSALTAR O GRAU DE INVALIDEZ PREEXISTENTE PARA EFEITO DE LIMITAÇÃO DA RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA.

17.6. O prêmio inicial será aquele constante da proposta, de acordo com a idade do Segurado, na época da contratação deste Seguro, ressalvadas eventuais possibilidades de alterações de risco constatadas na apresentação da proposta e análise de aceitação da SEGURADORA, podendo o risco ser aceito com agravo ou desconto de acordo com a política de aceitação de risco ou a proposta será recusada.



- 17.7.** Recebida a Proposta de Contratação com todos os dados obrigatórios preenchidos e entregues, ela será integralmente aceita abrangendo todas as coberturas, caso a SEGURADORA sobre ele não se manifeste formalmente ao proponente no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.
- 17.8.** Caso a Seguradora venha a emitir a apólice de seguro após o prazo de 15 (quinze) dias, deverá questionar formalmente e com antecedência ao Proponente acerca de seu interesse na contratação e se autoriza a emitir o certificado individual associado ao seguro e respectivo pagamento do prêmio do seguro, caso não tenha ainda efetuado o pagamento.
- 17.9.** O prazo de 15 (quinze) dias do subitem 17.7 desta Cláusula será suspenso se a SEGURADORA solicitar a apresentação de novos documentos ou informações, complementares ou explicativas às contidas na Proposta de Contratação.
- 17.10.** PARA EFEITO DE ANÁLISE DO RISCO, ALÉM DO PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (DPS), A SEGURADORA RESERVA-SE O DIREITO DE EXIGIR DO PROPONENTE, SEMPRE QUE JULGAR NECESSÁRIO, INFORMAÇÕES SOBRE SUA SITUAÇÃO FINANCEIRA E RELATÓRIO MÉDICO, REALIZAR TELE SUBSCRIÇÃO, MEDIANTE LIGAÇÃO DE PROFISSIONAIS HABILITADOS, E EXAMES COMPLEMENTARES MAIS RECENTES E ATUAIS.
- 17.11.** A contagem do prazo do subitem 17.9. voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.
- 17.12.** A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta poderá ser feita apenas uma vez pela SEGURADORA ao proponente.
- 17.13.** A NEGATIVA DO PROPONENTE EM SUBMETER-SE AO(S) EXAME(S) IMPLICARÁ A RECUSA AUTOMÁTICA DO RISCO.
- 17.14.** A SEGURADORA deverá, obrigatoriamente, proceder 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.
- 17.15.** EM CASO DE RECUSA DO RISCO, EM QUE TENHA HAVIDO ADIANTAMENTO DE VALOR PARA FUTURO PAGAMENTO PARCIAL OU TOTAL DE PRÊMIO, O VALOR DO ADIANTAMENTO É DEVIDO NO MOMENTO DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA, DEVENDO SER RESTITUÍDO AO PROPONENTE, NO PRAZO MÁXIMO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS, INTEGRALMENTE OU DEDUZIDO DA PARCELA PRO RATA TEMPORIS\CORRESPONDENTE AO PERÍODO EM QUE TIVER PREVALECIDO A COBERTURA.
- 17.16.** O valor devido será atualizado monetariamente conforme disposto na Cláusula 25. (Atualização Monetária), destas Condições Gerais, a contar da data do pagamento até a data efetiva da restituição.
- 17.17.** QUAISQUER ALTERAÇÕES DE RISCO PREVISTAS E INFORMADAS NA PROPOSTA, DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E OU ATIVIDADES E NO CONTRATO INICIAL, OCORRIDAS DURANTE A VIGÊNCIA DO SEGURO DEVERÃO SER COMUNICADAS POR ESCRITO À SEGURADORA, DE FORMA A PERMITIR QUE SEJAM FEITOS OS DEVIDOS AJUSTES NO SEGURO, ESPECIALMENTE



REENQUADRAMENTO ANUAL NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, TAIS COMO MUDANÇA DE PROFISSÃO, MUDANÇA DE RESIDÊNCIA DO SEGURADO PARA OUTRO PAÍS, PRÁTICA USUAL E PERMANENTE DE ESPORTES TIDOS COMO RADICAIS OU DE PERIGOS EVIDENTES, BEM COMO O USO HABITUAL DE SUBSTÂNCIAS ALCOÓLICAS, TÓXICAS OU ENTORPECENTES.

- 17.18.** HAVENDO O AGRAVAMENTO DO RISCO POR PARTE DO SEGURADO, INDEPENDENTEMENTE DA SUA VONTADE, OCORRERÁ PERDA DE DIREITO A QUALQUER INDENIZAÇÃO PREVISTA NA APÓLICE E ENDOSSOS SUBSEQUENTES, MESMO QUE DECORRENTE DE RISCO PREVISTO, COBERTO E INDENIZÁVEL.
- 17.19.** QUALQUER ALTERAÇÃO NO CONTRATO DE SEGURO SOMENTE PODERÁ SER FEITA MEDIANTE DOCUMENTO FORNECIDO PELA SEGURADORA E DEVIDAMENTE ASSINADO PELO SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE LEGAL.
- 17.20.** NENHUMA ALTERAÇÃO NESSES DOCUMENTOS SERÁ VÁLIDA SE NÃO FOR FEITA POR ESCRITO, COM A CONCORDÂNCIA DE AMBAS AS PARTES CONTRATANTES, OBSERVADAS AS CONDIÇÕES APROVADAS.
- 17.21.** PARA TODOS OS EFEITOS DE DIREITO, EXISTE A PRESUNÇÃO DE QUE A SEGURADORA SOMENTE TENHA CONHECIMENTO DAS CIRCUNSTÂNCIAS DECLARADAS PELO PROPONENTE NA PROPOSTA.

18. BENEFICIÁRIOS

- 18.1.** É facultado exclusivamente ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s), mediante manifestação por escrito à SEGURADORA, ressalvadas as restrições legais.
- 18.2.** Não sendo instituído Beneficiário pelo Segurado, valerá o disposto no artigo 792 do Código Civil Brasileiro.
- 18.3.** É válida a instituição de companheiro(a) como Beneficiário(a) se, ao tempo do contrato o Segurado era solteiro, separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato (artigo 793 do Código Civil Brasileiro).
- 18.4.** A substituição do(s) Beneficiário(s) só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.
- 18.5.** Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado, desde que protocolada pela SEGURADORA antes da ocorrência do sinistro.
- 18.6.** Será válido o pagamento feito pela SEGURADORA se realizado antes de receber a comunicação da alteração de Beneficiário.
- 18.7.** Se a SEGURADORA não for cientificada até o período estabelecido no item 8.5 desta Cláusula quanto à substituição de Beneficiário(s), desobrigar-se-á do pagamento ao(s) Beneficiário(s) que viria(m) a ser substituído(s), pagando o capital segurado ao antigo Beneficiário.



18.8. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do Beneficiário(s), a indenização referente à cobertura contratada deverá ser paga aos herdeiros legais do Segurado.

19. CAPITAL SEGUADO

19.1. Para fins deste seguro, o capital segurado estabelecido na apólice é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, caracterizada de acordo com as Condições Especiais do seguro.

19.2. O capital segurado para cada cobertura contratada neste seguro estará estabelecido na apólice.

19.3. O capital segurado e prêmio serão atualizados conforme o subitem 25.3 (Atualização Monetária do Capital Segurado).

19.4. O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar alteração do valor do capital segurado, por meio de nova proposta de alteração, ficando a critério da SEGURADORA sua aceitação ou não de acordo com a Cláusula 8. (Condição para Aceitação de Segurados) e 6 (Vigência e Renovação do Seguro) destas Condições Gerais, procedendo, se aceita a proposta, a alteração do prêmio, quando couber.

20. PAGAMENTO DO PRÊMIO

20.1. As taxas do Prêmio de seguro serão estabelecidas por idades, de acordo com o plano contratado.

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

20.2.1. Nome do Segurado.

20.2.2. Valor do prêmio.

20.2.3. Data de emissão.

20.2.4. Número da apólice.

20.2.5. Data limite para o pagamento.

20.3. A SEGURADORA encaminhará o documento a que se refere o subitem 20.1. desta Cláusula diretamente ao Segurado ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

20.4. A SEGURADORA poderá disponibilizar outros meios de cobrança, tais como transferência eletrônica, débito em conta corrente, ou cartões de débito e/ou crédito ou consignação em folha desde que devidamente autorizado pelo Segurado.

20.5. O Segurado poderá optar pelo pagamento do prêmio de forma mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual e cada pagamento será correspondente a cada período de cobertura.

20.6. O pagamento realizado na forma acima não caracteriza fracionamento do Prêmio.



- 20.7.** Caso o Segurado opte pelo pagamento dos prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de cobertura. NA HIPÓTESE DE RESCISÃO DO PRESENTE CONTRATO EM QUE OS PRÊMIOS SEJAM PAGOS NA FORMA MENSAL, NENHUMA DEVOLUÇÃO DE PRÊMIO SERÁ DEVIDA.
- 20.8.** Caso o Segurado opte pelo pagamento de prêmios de forma anual, cada pagamento será correspondente a um ano de cobertura.
- 20.9.** NO CASO DE RESILIÇÃO TOTAL OU PARCIAL DO SEGURO, A QUALQUER TEMPO, POR INICIATIVA DE QUALQUER DAS PARTES E COM A CONCORDÂNCIA RECÍPROCA, A SEGURADORA PODERÁ RETER DO PRÊMIO RECEBIDO, ALÉM DOS EMOLUMENTOS, A PARTE PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO.
- 20.10.** Na hipótese de pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, o Capital Seguro pagável por cada uma das Coberturas contratadas será atualizado pelo índice previsto nas Condições Gerais até a data de ocorrência do evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.
- 20.11.** Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a SEGURADORA obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.
- 20.12.** O pagamento do prêmio será feito à SEGURADORA por meio da rede bancária, débito em conta corrente, consignação em folha ou outras formas admitidas em lei, acordadas previamente entre o Segurado e a SEGURADORA na Proposta de Contratação.
- 20.13.** Quando o pagamento for efetuado por meio da rede bancária, além das informações mínimas previstas no item 20.2 destas Condições Gerais, deverá constar do documento de cobrança, se for o caso, a indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.
- 20.14.** Se a data do vencimento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.
- 20.15.** A SEGURADORA providenciará aviso alertando a inadimplência, no prazo máximo de 10 (dez) dias contados da data de vencimento da primeira parcela não paga.
- 20.16.** SE O SINISTRO OCORRER DENTRO DO PRAZO DE PAGAMENTO DO PRÊMIO SEM QUE TENHA SIDO EFETUADO, O DIREITO À INDENIZAÇÃO NÃO FICARÁ PREJUDICADO CASO HAJA COBERTURA; TODAVIA, CASO OCORRA APÓS O PRAZO DE PAGAMENTO DE PRÊMIO, SEM QUE TENHA SIDO EFETUADO, A INDENIZAÇÃO NÃO SERÁ PAGA, MESMO SE HOUVER COBERTURA.
- 20.17.** O(s) prêmio(s) do seguro pagos em atraso terá(ao) seu(s) valor(es) atualizado(s) monetariamente a partir da data de vencimento original da parcela até a data do efetivo pagamento pelo índice indicado no subitem 25.3. destas Condições Gerais.
- 20.18.** Sem prejuízo do item anterior incidirá(ão) ainda sobre o(s) Prêmios de Seguro referente(s) ao período em atraso juros moratórios de 12% ao ano, calculados pro rata die.
- 20.19.** Quando a forma de pagamento do Prêmio do seguro for mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral ou semestral, e o prêmio do seguro não for quitado até a data estabelecida para o



pagamento, as Coberturas do Seguro permanecerão cobertas pelo período de 60 (sessenta) dias, nos termos destas Condições Gerais.

- 20.20.** A FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO POR UM PERÍODO SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS, CONSECUTIVOS OU NÃO, IMPLICARÁ O CANCELAMENTO AUTOMÁTICO DO SEGURO.
- 20.21.** Se durante o período de tolerância ocorrer algum evento coberto, quaisquer Prêmios devidos e não pagos serão deduzidos do valor do benefício.
- 20.22.** No caso da ocorrência de Sinistro durante o período de tolerância, a Indenização será paga deduzida dos Prêmios devidos e não pagos, sendo estes acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e de juros moratórios de 12% (seis por cento) ao ano e atualização monetária pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA / IBGE. Durante os 60 (sessenta) dias mencionados no item 20.19 desta Cláusula, as Coberturas previstas na Apólice não ficarão prejudicadas, observado, contudo, o disposto no item 20.16.
- 20.23.** DECORRIDOS OS 60 (SESSENTA) DIAS, CONTADOS DA DATA DE VENCIMENTO, SEM QUE O PRÊMIO TENHA SIDO QUITADO, A APÓLICE FICARÁ AUTOMATICAMENTE E DE PLENO DIREITO RESCINDIDA, A PARTIR DO 61º (SEXAGÉSIMO PRIMEIRO) DIA DE VENCIMENTO EM ATRASO.
- 20.24.** NÃO SERÁ PERMITIDO QUALQUER PAGAMENTO OU REPASSE DE PRÊMIO DEPOIS DE ESGOTADO O PRAZO DE TOLERÂNCIA, SALVO SE PREVIAMENTE ACORDADO POR ESCRITO COM A SEGURADORA. DESSE MODO, SE FOR REALIZADO QUALQUER PAGAMENTO SEM PRÉVIA AUTORIZAÇÃO ESTE VALOR NÃO SERÁ CONSIDERADO E SERÁ RESTITUÍDO MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DO RESPECTIVO COMPROVANTE À SEGURADORA.
- 20.25.** Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.

21. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

Sem prejuízo de outras obrigações previstas na regulamentação vigente, a SEGURADORA está obrigada a:

- 21.1.** Uma vez aceita a proposta de seguro, enviar todos os documentos associados ao presente contrato, observando o disposto na Cláusula 9. (CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS).
- 21.2.** Emitir comunicação formal ao SEGURADO ou a seu representante, caso receba aviso de agravamento de risco, acerca de cancelamento do seguro, de restrição da cobertura ou de cobrança de diferença de prêmio cabível, respeitando o prazo de 15 (quinze) dias do recebimento do aviso.

22. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 22.1.** Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento do capital segurado devido pelo presente seguro, contados a partir do recebimento pela SEGURADORA de toda documentação básica constante da Cláusula 23 (Regulação de Sinistro) e aqueles indicados nas Condições Especiais e Particulares de cada cobertura contratada, sob pena de incidência de juros.



- 22.2.** Em caso de dúvida fundada e justificável a SEGURADORA poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou ao Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 23. REGULAÇÃO DE SINISTRO e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 22.1. desta Cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do dia subsequente àquele do recebimento pela SEGURADORA desses documentos e informações ou esclarecimentos.
- 22.3.** Não respeitado o prazo previsto no Item 22.1. desta Cláusula os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos subitens 22.4. e 22.5. desta Cláusula, aplicados a partir da data de sua exigibilidade. Considera-se data de exigibilidade o 1º dia posterior ao término do prazo previsto no subitem 22.1.
- 22.4.** A título de juros de mora será utilizado o percentual de 12% (doze por cento) ao ano, calculado pro rata die a partir da data de sua exigibilidade até a data do efetivo pagamento.
- 22.5.** As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido na CLÁUSULA 25. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA destas Condições Gerais, a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento.
- 22.6.** O pagamento será feito por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominal, pagável no domicílio ou praça indicada pelo (s) Beneficiário(s) ou pelo Segurado no aviso de sinistro.
- 22.7.** As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do Segurado e/ou do (s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela SEGURADORA.
- 22.8.** Reenquadramento do prêmio deste Seguro prevê além do aumento no prêmio produzido pela atualização monetária do Capital Segurado, o reenquadramento anual do prêmio por mudança de idade ou faixa etária a partir da data do aniversário do Segurado, de acordo com as condições no ato da contratação.
- 22.9.** Os percentuais de aumento serão indicados por cobertura nas respectivas condições especiais.
- 22.10.** De acordo com as coberturas contratadas, a SEGURADORA fará constar da apólice o percentual total de aumento a ser aplicado ao prêmio devido a mudança de faixa etária ou idade anualmente.
- 22.11.** Na renovação do Seguro, poderá haver ainda reenquadramento por aumento de sinistralidade.

23. REGULAÇÃO DE SINISTRO

- 23.1.** O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão), diante da ocorrência de sinistro, proceder à comunicação imediata, por meio do Aviso de Sinistro ou carta registrada ou outro meio digital disponibilizado pela Seguradora, e deve ser dirigida à SEGURADORA, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.



- 23.2.** Os documentos básicos necessários para a liquidação de sinistro que deverão ser encaminhados à SEGURADORA são os abaixo indicados e aqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:
- 23.2.1.** PARA QUALQUER SINISTRO: Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido em todos os seus campos, formulário fornecido pela SEGURADORA.
 - 23.2.2.** Documentos do Segurado: Cópia autenticada de documento de identidade válido em território nacional, do CPF e do comprovante de residência do Segurado, ou da Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos.
 - 23.2.3.** Documentos do(s) Beneficiário(s):
 - 23.2.3.1.** Cópia do documento de identidade válido em território nacional, do CPF e do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), quando maior (es) de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
 - 23.2.3.2.** Cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário(s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe;
 - 23.2.3.3.** Cópia do Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es).
 - 23.2.3.4.** Em caso de companheiro(a), além dos documentos indicados acima, providenciar cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou, ainda, Declaração de Vida em Comum passada em cartório feita pelo Segurado antes do sinistro e declaração de duas testemunhas de que o Segurado vivia maritalmente, especificando data, e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.
- 23.3.** NÃO SERÃO ACEITOS RELATÓRIOS MÉDICOS REALIZADOS POR MEMBRO(S) DA FAMÍLIA OU DE PESSOA QUE ESTEJA CONVIVENDO COM O SEGURADO, INDEPENDENTEMENTE DE A PESSOA SER UM MÉDICO HABILITADO.

24. JUNTA MÉDICA

- 24.1.** No caso de divergências e dúvidas de natureza médicas relacionadas aos objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice será proposto pela SEGURADORA, por meio de correspondência escrita ao segurado no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela SEGURADORA, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.
- 24.2.** O prazo de constituição da junta médica será de, no prazo máximo, de 15 (quinze) dias a contar da indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 24.3.** Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela SEGURADORA.



25. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 25.1.** O capital segurado e, por consequência, o respectivo prêmio, serão atualizados monetariamente a cada 12 meses, com base na variação positiva acumulada do índice indicado no subitem 25.3. desta Cláusula, durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao da atualização anual, de acordo com o determinado nas Condições Contratuais e na apólice.
- 25.2.** Quando a opção de pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.
- 25.3.** Para efeito de atualização monetária será utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA / IBGE, ou outro índice calculado com base na variação de fatores objetivos indicados nas Condições Contratuais e na apólice.
- 25.4.** Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária terá por base o IPC/FGV (Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas ou qualquer outro índice que vier a substituí-lo).
- 25.5.** Independentemente da periodicidade de pagamento do prêmio, o capital segurado deverá ser atualizado desde a data da última atualização até a data da ocorrência do sinistro.
- 25.6.** COMUNICAÇÃO À SEGURADORA A RESPEITO DE OUTROS SEGUROSESTE SEGURO, EM FUNÇÃO DA EXISTÊNCIA DE COBERTURAS QUE PERMITAM O REEMBOLSO DE DESPESAS E INDENIZAM PERDA DE RENDA, E DESDE QUE CONTRATADAS, PREVÊ EM SUAS CONDIÇÕES A CLÁUSULA DE INFORMAÇÃO DE APÓLICES DE SEGURO, PORTANTO O SEGURADO QUE NÃO INFORMAR QUANDO DA CONTRATAÇÃO, OU QUE TENHA PLEITEADO PARA MAIS DE UMA SEGURADORA A INDENIZAÇÃO SOBRE OS RISCOS, E NÃO INFORMADO A TODAS AS SOCIEDADES SEGURADORAS E/OU OPERADORAS PERDERÁ O DIREITO À INDENIZAÇÃO.
- 25.7.** Na ocorrência de sinistro contemplado por Coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos em seguros distintos, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:
- 25.7.1.** Será calculada a indenização individual de cada Cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado, limite máximo de indenização da Cobertura e cláusulas de rateio.
- 25.7.2.** Será calculada a “indenização individual ajustada” de cada Cobertura, na forma abaixo indicada:
- 25.7.2.1.** Se, para um determinado seguro, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de capital, a indenização individual de cada Cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outros seguros serão as maiores possíveis, observados os respectivos



prejuízos e limites máximos de indenização. O valor restante do limite máximo de garantia do seguro será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os limites máximos de indenização destas coberturas.

25.7.2.2. Caso contrário, a “indenização individual ajustada” será a indenização individual, calculada de acordo com o item 25.7.2.1.

25.7.2.3. Será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes Apólices de Seguro, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o item 25.7.2.1.

25.7.2.4. Se a quantia a que se refere o inciso III deste artigo for igual ou inferior ao Prejuízo vinculado à Cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o Segurado a responsabilidade pela diferença, se houver.

Se a quantia estabelecida no item 25.7.2.4. for maior que o prejuízo vinculado à Cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele inciso.

26. SUB-ROGAÇÃO

No seguro de pessoas, o segurador não pode se sub-rogar nos direitos e ações do segurado contra o causador do sinistro, conforme estabelecido no Código Civil vigente.

27. COMUNICAÇÕES

27.1. As comunicações do SEGURADO ou do ESTIPULANTE serão válidas quando realizadas por meio idôneo.

27.2. As comunicações da SEGURADORA se consideram válidas quando dirigidas ao endereço informado pelo SEGURADO ou pelo ESTIPULANTE.

28. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

28.1. O presente contrato guarda conformidade com a legislação vigente sobre a proteção de dados pessoais, e com a determinação do órgão regulador e fiscalizador, em especial à Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

28.2. O SEGURADO reconhece que ao preencher a proposta com fornecimento das informações nela constante, concorda que os dados pessoais de saúde serão usados e analisados pela SEGURADORA para ACEITAÇÃO ou não do RISCO, e sendo formalizado o contrato de seguro, esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados para o fim único da execução do Contrato de Seguro, podendo ser as referidas informações compartilhadas com empresas que nos ajude no cumprimento do Contrato de Seguro (por ex. assistência, regulação de sinistro, corretora, estipulante, etc). Os dados dos SEGURADOS serão guardados com zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto na legislação pertinente.



- 28.3.** O SEGURADO, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter acesso em relação aos seus dados tratados pela SEGURADORA a qualquer momento e mediante pedido expresso.
- 28.4.** Está o SEGURADO ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais, deverá entrar em contato com a SEGURADORA, por meio do endereço de e-mail atendimento@alba.com.br.
- 28.5.** Esta SEGURADORA garante e assume o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do SEGURADO além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a LGPD mencionada.

29. PRESCRIÇÃO

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

30. FORO

Fica eleito o foro de domicílio do Segurado ou Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato, salvo se expressamente disposto de forma diversa pelas partes quando da contratação do seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO

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

Após o pagamento da indenização de Morte, a apólice de Seguro será automaticamente encerrada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA TODOS OS RISCOS DEFINIDOS NA CLÁUSULA 6 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data do evento.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento do Segurado constante na Certidão de óbito.

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

- 4.1. Além do aumento no prêmio por motivo de atualização monetária anual do capital segurado, também haverá o reajuste do prêmio quando ocorrer alteração na idade do Segurado anualmente.
- 4.2. A nova taxa será aplicada no mês imediatamente posterior ao de aniversário do Contrato anual, para a cobertura de Morte.

5. REGULAÇÃO DE SINISTRO

- 5.1. Em caso de sinistro caberá ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 23 (Regulação de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (Regulação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:
- 5.2. Em caso de morte, independentemente da causa, o(s) Beneficiário(s) devem providenciar e incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:
 - 5.2.1. Cópia da Certidão de Óbito.
 - 5.2.2. Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso, ou, no caso de o Segurado ter falecido em situação de convivência marital, declaração emitida pelo órgão previdenciário ou Declaração Pública de Convivência Marital firmada em cartório.
 - 5.2.3. Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver.



- 5.2.4.** Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social.
 - 5.2.5.** Radiografias do Segurado (quando houver).
 - 5.2.6.** Guia de internação hospitalar (quando houver).
 - 5.2.7.** Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.
 - 5.2.8.** GFIP - Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social, referente ao mês da ocorrência do evento, quando for o caso.
- 5.3.** Em caso de ocorrência de morte por acidente, o(s) Beneficiário(s) devem providenciar e incluir, além dos documentos nas Condições Especiais e Condições Gerais (REGULAÇÃO DE SINISTRO), os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:
- 5.3.1.** Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos nos quais o Segurado era o condutor do veículo.
 - 5.3.2.** Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito.
 - 5.3.3.** Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de Acidente de Trabalho.
 - 5.3.4.** Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso.
 - 5.3.5.** Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).
 - 5.3.6.** Cópia autenticada dos exames subsidiários ao Laudo do IML (ex.: alcoolemia, toxicológico ou anátomo-patológico).
 - 5.3.7.** Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 6.1.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 6.2.** As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

Esta Cobertura garante, desde que contratada, ao(s) Beneficiário(s), o pagamento do Capital Segurado contratado em caso de morte do Segurado causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a Vigência deste seguro, sem prejuízo do pagamento do capital segurado relativo à Cobertura Morte, desde que contratada, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e destas Condições Especiais.

Após o pagamento da indenização de Morte Acidental a apólice de seguro será automaticamente encerrada

2. RISCOS EXCLUÍDOS

ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS RELACIONADOS NA CLÁUSULA 6 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE E DO GLOSSÁRIO, QUE FAZEM PARTE INTEGRANTE DESTES SEGUROS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA DE:

- 2.1. PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.
- 2.2. VIAGENS EM AERONAVES NÃO HOMOLOGADAS OU QUE NÃO POSSUAM, EM VIGOR, O COMPETENTE ATESTADO DE NAVEGABILIDADE; EM AERONAVES OFICIAIS OU MILITARES EM OPERAÇÕES QUE NÃO SEJAM DE SIMPLES TRANSPORTE OU DE CONDUÇÃO DE AUTORIDADES OU DE PASSAGEIROS; EM AERONAVES FURTADAS, SEQUESTRADAS OU DIRIGIDAS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS, EXCETO QUANDO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE DE AUXÍLIO DE OUTREM OU SALVO QUANDO TAL(IS) ATIVIDADE(S) TENHA(M) SIDO DECLARADA(S) PELO SEGURADO E A SEGURADORA TENHA JULGADO O RISCO ACEITO.
- 2.3. OS DENOMINADOS ACIDENTES MÉDICOS (APOPLEXIA, CONGESTÃO, SÍNCOPE, VERTIGEM, EDEMA AGUDO, ENFARTE DO MIOCÁRDIO, TROMBOSE, ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL OU OUTROS);
- 2.4. ACIDENTES EM QUE O SEGURADO, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO, FOR CONDUTOR DO VEÍCULO, SEJA TERRESTRE, AÉREO OU NÁUTICO.
- 2.5. ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO, EXCETO SE DECORRENTE DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, PRÁTICA DE ESPORTE (EXCLUINDO-SE OS CASOS QUE IMPORTAM AGRAVAÇÃO DE RISCO NÃO COMUNICADO) OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data do Acidente Pessoal.



- 3.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente sofrido pelo Segurado.

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

- 4.1.** Além do aumento no prêmio por motivo de atualização monetária anual do capital segurado, também haverá o reajuste do prêmio quando ocorrer alteração na idade do Segurado, anualmente.
- 4.2.** A nova taxa será aplicada no mês imediatamente posterior ao de aniversário do Contrato anual, para a cobertura de Morte Acidental.

5. BENEFICIÁRIO

O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado pelo Segurado, ou, na falta de indicação, aos herdeiros legais, conforme indicado pela Cláusula 18 das Condições Gerais e disciplinado pelo artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 6.1.** Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 23 (Regulação de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (Regulação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:
- 6.1.1.** Radiografias do Segurado (quando houver).
 - 6.1.2.** Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.
 - 6.1.3.** Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo.
 - 6.1.4.** Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito.
 - 6.1.5.** Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho.
 - 6.1.6.** Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso.
 - 6.1.7.** Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).
 - 6.1.8.** Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 7.1.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 7.2.** As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

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

1.1. DEFINIÇÕES

1.1.1. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante do Glossário das Condições Gerais, que fazem parte integrante deste seguro.

1.1.2. Para fins desta Cobertura, entende-se como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, constantes da Tabela contida no item 1.2. desta Cláusula, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto.

1.1.3. Se forem contratadas conjuntamente as coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, referidas coberturas não se cumulam.

1.1.4. Se, depois de pagar uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a SEGURADORA pagará a indenização devida pela cobertura de Morte acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

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

1.1.6. Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de invalidez permanente total ou parcial por acidente avaliada quando da alta médica definitiva, a SEGURADORA pagará ao próprio Segurado uma indenização, de acordo com a invalidez sofrida e os percentuais previamente definidos na “TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE”, constante no subitem 1.2 desta Cláusula.

1.1.7. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela multiplicação entre o percentual previsto na referida Tabela (subitem 1.2) para sua perda total e o percentual correspondente ao grau de redução funcional apresentado pelo Segurado.

1.1.8. Na falta de indicação do percentual de redução do órgão ou membro do Segurado por conta do acidente sofrido e, sendo informado apenas o grau de redução máximo, médio e mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.



1.1.9. Nos casos não especificados na Tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão, considerando-se não se tratar a presente cobertura de seguro de invalidez profissional.

1.1.10. Quando o mesmo acidente resultar em invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se os respectivos percentuais previstos na Tabela, sem que exceda 100% (cem por cento) do capital segurado contratado.

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

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

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

1.1.14. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à SEGURADORA de declaração médica.

1.1.15. Caso haja caracterização de invalidez permanente e total de um ou mais membros do Segurado, que determine o pagamento integral do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, o Seguro será concluído.

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

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia Bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)	
	%
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25



INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	%
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo.	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES	%
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1° (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1° (primeiro) dedo, equivalente ½ (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	
DIVERSAS	%
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20



Em grau máximo	30
NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fistulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fistulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	15
- mais de 50% (cinquenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16
ARTICULAÇÕES (ANQUILOSES)	
Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinquenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MEMBROS	
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
Perda do braço	15
APARELHO URINÁRIO	
Perda de um rim	
Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50



Insuficiência renal	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática (sem indenização)	00
SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	
Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35



Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapse	30
Incontinência fecal com prolapse	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	07

2. RISCOS EXCLUÍDOS

ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS RELACIONADOS NA CLÁUSULA 6 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE E GLOSSÁRIO, QUE FAZEM PARTE INTEGRANTE DESTA SEGURO, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA DE:

- 2.1. PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.
- 2.2. VIAGENS EM AERONAVES NÃO HOMOLOGADAS OU QUE NÃO POSSUAM, EM VIGOR, O COMPETENTE ATESTADO DE NAVEGABILIDADE; EM AERONAVES OFICIAIS OU MILITARES EM OPERAÇÕES QUE NÃO SEJAM DE SIMPLES TRANSPORTE OU DE CONDUÇÃO DE AUTORIDADES OU DE PASSAGEIROS; EM AERONAVES FURTADAS, SEQUESTRADAS OU DIRIGIDAS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS, EXCETO QUANDO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE DE AUXÍLIO DE OUTREM, SALVO QUANDO TAL(IS) ATIVIDADE(S) TENHA(M) SIDO DECLARADA(S) PELO SEGURADO E A SEGURADORA TENHA JULGADO O RISCO ACEITO.
- 2.3. OS DENOMINADOS ACIDENTES MÉDICOS (APOPLEXIA, CONGESTÃO, SÍNCOPE, VERTIGEM, EDEMA AGUDO, ENFARTE DO MIOCÁRDIO, TROMBOSE, ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL OU OUTROS).
- 2.4. ACIDENTES EM QUE O SEGURADO, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO, FOR CONDUTOR DO VEÍCULO, SEJA TERRESTRE, AÉREO OU NÁUTICO.
- 2.5. ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO, EXCETO SE DECORRENTE DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, PRÁTICA DE ESPORTE (EXCLUINDO-SE OS CASOS QUE IMPORTAM AGRAVAÇÃO DE RISCO NÃO COMUNICADO) OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data do acidente. O capital segurado devido dependerá da caracterização de invalidez total ou parcial e será calculado de acordo com o disposto no subitem 1.1. e Tabela constante do subitem 1.2.



- 3.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, a data do Acidente Pessoal sofrida pelo Segurado.

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

- 4.1.** Para esta cobertura, não há previsão de taxa por idade.
- 4.2.** O aumento no prêmio dar-se-á por motivo de atualização monetária anual do capital segurado ou revisão na renovação ou nova contratação.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro, cabe ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 23 (Regulação de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos mencionados na mesma, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, estas deverão ser autenticadas:

- 5.1.** Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver).
- 5.2.** Radiografias do Segurado (quando houver).
- 5.3.** Guia de Internação Hospitalar (quando houver).
- 5.4.** Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo.
- 5.5.** Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito.
- 5.6.** Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho.
- 5.7.** Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso.
- 5.8.** Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).
- 5.9.** Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente e se o Segurado se encontrava em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 6.1.** O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais do seguro informado na apólice de seguro.
- 6.2.** Após o pagamento da indenização de invalidez permanente total por acidente, a apólice de seguro será automaticamente encerrada.
- 6.3.** Após o pagamento da indenização de invalidez permanente parcial por acidente, o capital segurado é reintegrado para novos eventos.



7. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 7.1.** Os casos não previstos na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, constante no item 1.2. destas condições especiais, serão pagos com base em literatura mundial.
- 7.2.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 7.3.** As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado, nas hipóteses estabelecidas na tabela para cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, caso haja a perda redução ou impotência funcional definitiva total de membro, órgão, sentido ou função do corpo humano, constantes da tabela contida no subitem 1.3. destas Condições Especiais, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas das Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. DEFINIÇÕES

Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante do GLOSSÁRIO das Condições Gerais deste seguro.

1.2.1. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

Entende-se por Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva total de membros ou órgãos por lesão física do segurado, comprovadas através de declaração médica de profissional habilitado e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, e que resultem em ao menos uma das seguintes condições:

Perda total da visão de ambos os olhos.

Perda total do uso de ambos os braços.

Perda total do uso de ambas as pernas.

Perda total do uso de ambas as mãos.

Perda total do uso de um braço e uma perna.

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

Perda total do uso de ambos os pés.

Alienação mental total e incurável, quando resultante direta e exclusivamente de acidente coberto pelo seguro.

Nefrectomia bilateral.



1.3. TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	
DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100

1.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS RELACIONADOS NA CLÁUSULA 6 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE E GLOSSÁRIO, QUE FAZEM PARTE INTEGRANTE DESTA SEGURO, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA DE:

2.1.1. PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.

2.1.2. VIAGENS EM AERONAVES NÃO HOMOLOGADAS OU QUE NÃO POSSUAM, EM VIGOR, O COMPETENTE ATESTADO DE NAVEGABILIDADE; EM AERONAVES OFICIAIS OU MILITARES EM OPERAÇÕES QUE NÃO SEJAM DE SIMPLES TRANSPORTE OU DE CONDUÇÃO DE AUTORIDADES OU DE PASSAGEIROS; EM AERONAVES FURTADAS, SEQUESTRADAS OU DIRIGIDAS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS, EXCETO QUANDO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE DE AUXÍLIO DE OUTREM, SALVO QUANDO TAL(IS) ATIVIDADE(S) TENHA(M) SIDO DECLARADA(S) PELO SEGURADO E A SEGURADORA TENHA JULGADO O RISCO ACEITO.

2.1.3. OS DENOMINADOS ACIDENTES MÉDICOS (APOPLEXIA, CONGESTÃO, SÍNCOPE, VERTIGEM, EDEMA AGUDO, ENFARTE DO MIOCÁRDIO, TROMBOSE, ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL OU OUTROS).



2.1.4. ACIDENTES EM QUE O SEGURADO, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO, FOR CONDUTOR DO VEÍCULO, SEJA TERRESTRE, AÉREO OU NÁUTICO.

2.1.5. ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO, EXCETO SE DECORRENTE DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, PRÁTICA DE ESPORTE (EXCLUINDO-SE OS CASOS QUE IMPORTAM AGRAVAÇÃO DE RISCO NÃO COMUNICADO) OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.

3. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

3.1. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.

3.2. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, conforme Cláusula 24 das condições gerais.

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

4.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais do seguro informado na apólice de seguro.

4.2. Não há reintegração de Capital segurado, após o pagamento da indenização de invalidez permanente total por acidente, a apólice será extinta e encerrada a sua vigência.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto vigente na data do evento, e será estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

6.1. Para esta cobertura, não há previsão de taxa por idade.

6.2. O aumento no prêmio dar-se-á por motivo de atualização monetária anual do capital segurado ou revisão na renovação ou nova contratação.

7. REGULAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 23 (Regulação de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na



cláusula mencionada, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- 7.1.1.** Comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens).
- 7.1.2.** Cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).
- 7.1.3.** Exame de corpo de delito, quando indicado.
- 7.1.4.** Laudo médico original e relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau porcentual.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

- 8.1.** Os casos não previstos na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, constante no item 1.3 destas condições especiais, serão pagos com base em literatura mundial.
- 8.2.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 8.3.** As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado em caso de caracterização de sua invalidez funcional permanente e total do Segurado, exclusivamente em consequência de doença que cause a perda da sua existência independente, conforme critérios específicos definidos na Cláusula 2 destas Condições Especiais, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro.
- 1.2.** Para que haja direito a esta Cobertura, é necessária a caracterização da perda da existência independente do Segurado exclusivamente em consequência de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.

2. RISCOS COBERTOS

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

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



- 2.7.3.** Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°.
- 2.7.4.** Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- 2.7.5.** Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
- 2.8.** Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
- 2.8.1.** Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros.
- 2.8.2.** Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés.
- 2.8.3.** Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 2.9.** Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos, desde que atingida a pontuação necessária após avaliação por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) constante da Cláusula 7 - Comprovação de Invalidez Funcional por Doença destas Condições Especiais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS RELACIONADOS NA CLÁUSULA 6 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS E GLOSSÁRIO, QUE FAZEM PARTE INTEGRANTE DESTAS CONDIÇÕES, NÃO ESTÃO COBERTOS OS EVENTOS DECORRENTES DE:

- 3.1. PERDA, REDUÇÃO OU IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA, TOTAL OU PARCIAL, DE UM OU MAIS MEMBROS, ÓRGÃOS E/OU SISTEMAS ORGÂNICOS CORPORAIS, EM DECORRÊNCIA, DIRETA OU INDIRETAMENTE, DE LESÃO FÍSICA E/OU PSÍQUICA CAUSADA POR ACIDENTE PESSOAL.**
- 3.2. QUADROS CLÍNICOS DECORRENTES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS, ENTENDIDAS COMO SENDO AQUELAS EM QUE A CAUSA DETERMINANTE SEJA O EXERCÍCIO PECULIAR DE ALGUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL.**
- 3.3. A DOENÇA CUJA EVOLUÇÃO NATURAL TENHA SIDO AGRAVADA POR TRAUMATISMO.**
- 3.4. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL, ÓRGÃOS DO PODER PÚBLICO OU OUTRAS INSTITUIÇÕES PÚBLICO-PRIVADAS, NÃO CARACTERIZA, POR SI SÓ, QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE QUE COMPROVE A INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.**
- 3.5. A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS MÉDICOS PELO SEGURADO QUE INDIQUEM A CARACTERIZAÇÃO DE INCAPACIDADE PARCIAL E/OU DE NATUREZA PROFISSIONAL NÃO IMPLICA A CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO, HAVENDO NECESSIDADE DE COMPROVAÇÃO DA PERDA DA SUA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE.**



4. CAPITAL SEGUADO

- 4.1.** Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.
- 4.2.** Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, indicada na declaração do médico assistente do Segurado.

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

- 5.1.** Além do aumento no prêmio por motivo de atualização monetária anual do capital segurado, também haverá o reajuste do prêmio quando ocorrer alteração na idade do Segurado anualmente.
- 5.2.** A nova taxa será aplicada no mês imediatamente posterior ao de aniversário do contrato para a cobertura de invalidez funcional permanente e total por doença.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 6.1.** Em caso de sinistro, o Segurado deverá proceder conforme descrito na Cláusula 23. (Regulação de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:
 - 6.1.1.** Declaração Médica com informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e indicação da data exata do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no conceito de Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos subitens 2.7. e 2.8. destas Condições Especiais e que justifique a inviabilidade de forma irreversível do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado;
 - 6.1.2.** Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante.
 - 6.1.3.** Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida.
 - 6.1.4.** A avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).
- 6.2.** É facultado à SEGURADORA, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.
- 6.3.** O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico sempre que a SEGURADORA julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.
- 6.4.** A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica, consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou, ainda, estabelecida por



meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos a qualquer tempo.

7. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

- 7.1.** A Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovada por meio de declaração médica detalhada pelo médico-assistente do Segurado, justificando seu estado de invalidez, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.
- 7.2.** Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), seja atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 7.3.** A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL, ASSIM COMO POR ÓRGÃOS DO PODER PÚBLICO E POR OUTRAS INSTITUIÇÕES PÚBLICO-PRIVADAS, NÃO CARACTERIZA, POR SI SÓ, QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE QUE COMPROVE A INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.
- 7.4.** A SEGURADORA reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidades parciais.
- 7.5.** O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas:
- 7.5.1.** A primeira é a Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, que permite avaliar, por meio de escalas, com 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- 7.5.2.** A segunda Tabela é a de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, que valoriza cada uma das situações nela previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA 1

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
<u>RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO</u>	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	20
<u>CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO</u>	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10



	<p>3° GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20
--	---	----

<u>CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA</u>	<p>1° GRAU:</p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
	<p>2° GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	10
	<p>3° GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO ÀQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

TABELA 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

- 7.6.** As despesas desembolsadas pelo Segurado, decorrentes em demonstrar a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, são de responsabilidade deste, salvo aquelas realizadas diretamente pela SEGURADORA Seguros com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.
- 7.7.** As providências que a SEGURADORA tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

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

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 9.1.** O pagamento da Indenização relativa a esta Cobertura extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio, exceto para as Coberturas exclusivamente relacionadas a acidente, que poderão ser mantidas, desde que contratadas e vigentes à época do pagamento do capital segurado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, continuou em vigor, sendo devido o pagamento dos prêmios correspondentes, se houver.
- 9.2.** Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como a cobertura de Morte e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.



10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 10.2.** As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO) DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1.** Esta Cobertura, desde que contratada, tem como objetivo garantir ao Segurado, até o limite do Capital Segurado contratado, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para tratamento das lesões decorrentes exclusivamente de acidente pessoal coberto pela Apólice, conforme orientação médica, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data da ocorrência do acidente.
- 1.2.** Como tratamento, consideram-se inclusive a internação hospitalar a critério do médico-assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório, bem como despesas de pronto-socorro, assistência de enfermeiro(s) diplomado(s) e honorário(s) de médico(s) e dentista(s).
- 1.3.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente sofrido pelo Segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. ALÉM DOS RISCOS RELACIONADOS NA CLÁUSULA 6 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE E DO GLOSSÁRIO, QUE FAZEM PARTE INTEGRANTE DESTA SEGURO, E ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA DE:**
 - 2.1.1. ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO, INCLUSIVE ATIVIDADE FÍSICA RADICAL, QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR NECESSIDADE JUSTIFICADA E DA PRÁTICA, PELO(S) SEGURADO(S), DE ATOS ILÍCITOS OU CONTRÁRIOS À LEI.**
 - 2.1.2. PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.**
 - 2.1.3. VIAGENS EM AERONAVES NÃO HOMOLOGADAS OU QUE NÃO POSSUAM O COMPETENTE ATESTADO DE NAVEGABILIDADE EM VIGOR; EM AERONAVES OFICIAIS OU MILITARES EM OPERAÇÕES QUE NÃO SEJAM DE SIMPLES TRANSPORTE OU DE CONDUÇÃO DE AUTORIDADES OU DE PASSAGEIROS; EM AERONAVES FURTADAS, SEQUESTRADAS OU DIRIGIDAS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS, EXCETO QUANDO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE DE AUXÍLIO DE OUTREM OU SALVO QUANDO TAL(IS) ATIVIDADE(S) TENHA(M) SIDO DECLARADA(S) PELO SEGURADO E A SEGURADORA TENHA JULGADO O RISCO ACEITO.**
 - 2.1.4. OS DENOMINADOS ACIDENTES MÉDICOS (APOPLEXIA, CONGESTÃO, SÍNCOPE, VERTIGEM, EDEMA AGUDO, ENFARTE DO MIOCÁRDIO, TROMBOSE, ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL OU OUTROS).**



2.1.5. ACIDENTES EM QUE O SEGURADO, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO, FOR CONDUTOR DO VEÍCULO, SEJA TERRESTRE, AÉREO OU NÁUTICO.

2.1.6. ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO, EXCETO SE DECORRENTE DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, PRÁTICA DE ESPORTE (EXCLUINDO-SE OS CASOS QUE IMPORTAM AGRAVAÇÃO DE RISCO NÃO COMUNICADO) OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.

2.2. ESTE SEGURO TAMBÉM NÃO GARANTE:

2.2.1. ESTADOS DE CONVALESCENÇA (APÓS A ALTA MÉDICA) E DE DIETAS ESPECIAIS, BEM COMO QUALQUER DESPESA COM ACOMPANHANTES.

2.2.2. APARELHOS QUE SE REFEREM A ÓRTESES DE QUALQUER NATUREZA E A PRÓTESES DE CARÁTER PERMANENTE, SALVO AS PRÓTESES PELA PERDA DE DENTES NATURAIS EM CONSEQUÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL.

2.2.3. DESPESAS DECORRENTES DE EVENTOS NÃO COBERTOS, CONFORME PREVISTO NAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES SEGUROS.

3. LIVRE ESCOLHA

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data da caracterização da despesa médica, hospitalar ou odontológica decorrente de acidente pessoal coberto.

4.2. Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da despesa, conforme notas fiscais emitidas e devidamente pagas.

5. FRANQUIA SIMPLES

A Seguradora responderá pela totalidade das despesas sempre que o valor das despesas para evento coberto superar o valor da franquia de R\$500,00 (quinhentos reais).

6. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO

A presente Cobertura prevê a Reintegração de Capital Segurado sem a cobrança de prêmio adicional de seguro para outros eventos.

7. COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

7.1. O Segurado deverá comprovar, juntamente com o Aviso de Sinistro, as despesas médicas, hospitalares e odontológicas incorridas, mediante a apresentação dos recibos originais, receitas médicas, exames radiológicos, ultrassonográficos, tomográficos e de comprovantes satisfatórios, a critério da SEGURADORA, bem como relatório detalhado do médico-assistente e eventuais contas hospitalares.



7.2. Devem ser anexadas também cópias autenticadas dos seguintes documentos:

- 7.2.1.** Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso.
- 7.2.2.** RG e CPF do Segurado, bem como sua Certidão de Casamento ou declaração de união estável, se não for solteiro, emitida após o acidente pessoal.
- 7.2.3.** Comprovante de Residência.

8. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas em razão de Acidente Pessoal (DMHO) são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente seguro, isto é, não ocorrerá o abatimento do valor pago em relação a esta cobertura do Capital Segurado eventualmente devido quanto às demais coberturas contratadas.

9. INFORMAÇÕES DE APÓLICE

- 9.1.** O segurado deverá comunicar, no momento da assinatura da Proposta de Adesão ou da solicitação de aumento de capital segurado, a contratação de outros seguros de pessoas que também prevejam cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas em razão de Acidente Pessoal, sob pena de perda de direito.
- 9.2.** Caso haja concorrência de apólices a indenização será determinada conforme item 18 das Condições Gerais.

10. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

- 10.1.** Para esta cobertura, não há previsão de taxa por idade.
- 10.2.** O aumento no prêmio dar-se-á por motivo de atualização monetária anual do capital segurado ou revisão na renovação ou nova contratação.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 11.2.** As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Esta cobertura, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento ao Segurado de um valor diário fixo por dia de hospitalização a que for submetido em consequência de acidente pessoal ou doença, de acordo com os riscos cobertos e Condições Contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. Estão cobertas as diárias de internação hospitalar do Segurado, determinadas por médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória, por motivo de acidente pessoal ou doença, ocorrida durante a vigência individual do seguro, após o período de carência, se houver, e considerado o período de franquia contratado.
- 2.2. ESTA COBERTURA NÃO GARANTE A INTERNAÇÃO OU VAGA EM HOSPITAL, QUE DEVEM SER PROCURADAS PELO SEGURADO, SEU MÉDICO OU POR QUEM OS REPRESENTA.
- 2.3. Para os fins desta cláusula, entende-se:
 - 2.3.1. **Hospital:** Estabelecimento público ou privado, legalmente constituído, licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos, clínicos ou cirúrgicos, em regime de internação.
 - 2.3.2. **Hospitalização ou Internação Hospitalar:** Permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.
- 2.4. O número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada pelo mesmo evento.
- 2.5. Caso o Segurado seja submetido a mais de uma internação que tenha por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença, tais internações serão consideradas como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.
- 2.6. Esta Cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 6 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS E GLOSSÁRIO, QUE FAZEM PARTE INTEGRANTE DESTA COBERTURA, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA RECLAMAÇÕES QUE ABRANJAM EXCLUSIVAMENTE UMA OU MAIS DAS CONDIÇÕES ELENCADAS A SEGUIR:

- 3.1. DOENÇAS MENTAIS, PSIQUIÁTRICAS, ESTRESSE E DEPRESSÃO, INCLUINDO AS INTERNAÇÕES EM DEPARTAMENTOS PSIQUIÁTRICOS DE HOSPITAIS GERAIS OU PRONTOS-SOCORROS PARA TRATAMENTO DESTAS DOENÇAS E/OU AQUELAS QUE EXIJAM PSICANÁLISE, SONOTERAPIA OU PSICOTERAPIA.
- 3.2. INTERNAÇÕES DOMICILIARES (HOME CARE).



- 3.3. INTERNAÇÕES EM CLÍNICAS OU INSTITUIÇÕES PARA ACOMODAÇÃO OU TRATAMENTO DE IDOSOS, INCLUINDO ASILO E CASAS DE REPOUSO.**
- 3.4. INTERNAÇÕES PARA TRATAMENTO, ACOMODAÇÃO E/OU REABILITAÇÃO DE VICIADOS EM ÁLCOOL, DROGAS E QUALQUER OUTRA SUBSTÂNCIA QUE CAUSE DEPENDÊNCIA PSICOTRÓPICA.**
- 3.5. DIÁLISES E HEMODIÁLISES.**
- 3.6. PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO DE INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS, DROGAS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.**
- 3.7. CIRURGIAS PARA CORREÇÃO DE FIMOSE, LIGADURA DE TROMPAS OU VASECTOMIA, TRATAMENTOS PARA INFERTILIDADE OU INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL.**
- 3.8. QUAISQUER TIPOS DE TRATAMENTOS OU DANOS ESTÉTICOS, TRATAMENTOS REJUVENESCEDORES, PARA OBESIDADE OU EMAGRECIMENTO, INCLUINDO GASTROPLASTIA REDUTORA.**
- 3.9. CIRURGIAS PLÁSTICAS E DESPESAS COM COMPRA DE PRÓTESE, CONFECÇÃO DE ÓCULOS E LENTES DE CONTATO (SALVO AS CIRURGIAS PÓS-ACIDENTAIS RESTAURADORAS E AS REPARADORAS DE CIRURGIAS DECORRENTES DE NEOPLASIAS MALIGNAS).**
- 3.10. A PERDA DE DENTES OU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE QUALQUER ESPÉCIE.**
- 3.11. INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO.**
- 3.12. INTERNAÇÕES HOSPITALARES PARA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA, ESPERA PARA A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA, AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SANIDADE (CHECK-UP), REPOUSO OU GERIATRIA.**
- 3.13. ESTADOS DE CONVALESCENÇA (APÓS A ALTA MÉDICA) E AS DESPESAS DE ACOMPANHANTES.**
- 3.14. INTERNAÇÕES HOSPITALARES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE ESPECIALIDADES NÃO RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA OU POR MÉDICOS QUE NÃO SEJAM LEGALMENTE HABILITADOS.**
- 3.15. INFECÇÕES OPORTUNISTAS E TODA E QUALQUER DOENÇA PROVOCADA PELA SÍNDROME DA DEFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA ADQUIRIDA (AIDS).**
- 3.16. FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, INUNDAÇÕES, QUEDAS DE CORPOS SIDERAIS, METEORITOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA.**
- 3.17. LESÕES CORPORAIS, BEM COMO SUAS CONSEQUÊNCIAS, DECORRENTES DE ACIDENTES OCORRIDOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL.**



- 3.18. AUTOMUTILAÇÕES E LESÕES AUTO INFLIGIDAS, ESTANDO O SEGURADO MENTALMENTE DOENTE OU SÃO, SALVO HIPÓTESE DE TENTATIVA DE SUICÍDIO APÓS OS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO.**
- 3.19. PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS EXPERIMENTAIS E TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA.**
- 3.20. ATOS CONTRÁRIOS À LEI, INCLUSIVE A DIREÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES, INCLUINDO MOTOS, BARCOS, AERONAVES E ASSEMBELHADOS, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO OU SEM A UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA OBRIGATÓRIOS POR LEI, COMO CAPACETES E CINTOS DE SEGURANÇA.**
- 3.21. EVENTOS NÃO DECORRENTES DE RISCO COBERTO.**

4. CARÊNCIA

- 4.1.** A Carência para Diárias de Internação Hospitalar será estabelecida na Apólice, não podendo ser superior a 60 (sessenta) dias, contados da data de início de vigência da apólice, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento ou da recondução do seguro, se suspenso, não havendo cobertura para internações decorrentes de doenças iniciadas antes ou durante o referido período.
- 4.2.** A referida Carência não é aplicável para internações decorrentes de acidente pessoal coberto.

5. FRANQUIA

- 5.1.** A Franquia será estabelecida na Apólice e terá 15 (quinze) diárias de internação hospitalar por evento, iniciando-se a cobertura no dia seguinte ao término do período de franquia, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

O limite máximo de diárias será estabelecido na Apólice, conforme condições contratuais estabelecidas com o Estipulante, observando-se o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, computado neste total o período de franquia, conforme Cláusula 16.

7. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

- 7.1.** Para esta cobertura, não há previsão de taxa por idade.
- 7.2.** O aumento no prêmio dar-se-á por motivo de atualização monetária anual do capital segurado ou revisão na renovação ou nova contratação.

8. CAPITAL SEGURADO

- 8.1.** O capital segurado para esta cobertura será definido na Apólice e representa o limite máximo de indenização por um determinado evento, que é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, computado neste total o período de franquia (Cláusula 16).



- 8.2. Caso a Apólice preveja valor de capital mensal, este será dividido por 30 (trinta) para fins de cálculo do valor de cada da diária de internação.
- 8.3. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data da primeira internação decorrente do acidente pessoal ou doença que provocou a internação do Segurado.

9. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Os documentos necessários à liquidação de sinistros, além daqueles previstos na Cláusula 23 das condições gerais, são:

- 9.1. Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação do CRM.
- 9.2. Declaração original do Hospital em papel timbrado, carimbada e assinada pelo Diretor Clínico, comprovando causa e data de internação e data de alta médica.
- 9.3. Cópia autenticada do prontuário médico fornecido pelo Hospital.
- 9.4. Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver.
- 9.5. Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado.
- 9.6. Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando necessário.
- 9.7. Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando obrigatório.
- 9.8. Comprovantes originais do pagamento das diárias hospitalares quando tratar-se de segurado menor de 14 anos.

10. PAGAMENTO DAS DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO

Com base na comunicação e comprovantes do evento, uma vez que esteja devidamente caracterizada a internação do Segurado, nos termos desta Cobertura, a SEGURADORA efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos critérios abaixo expostos:

- 10.1. Quando a internação superar a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela SEGURADORA, tomando-se por base relatório médico atualizado que deverá ser enviado pelo Segurado.
- 10.2. De posse do relatório médico atualizado, a SEGURADORA efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado, a contar do primeiro dia após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela SEGURADORA, até a alta médica ou a utilização do limite máximo de diárias, estabelecido na Apólice, após desconto do período de franquia aplicável.
- 10.3. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias, a SEGURADORA providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado



permaneceu internado, a contar do primeiro dia de internação e descontado o período de franquia contratado, até a alta médica.

- 10.4.** O segurado deve autorizar seu médico-assistente e o hospital a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da SEGURADORA, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da SEGURADORA.
- 10.5.** Estando o Segurado em gozo da presente cobertura, não fará jus ao recebimento de diárias adicionais em consequência da ocorrência de outro evento coberto. A SEGURADORA somente reconhecerá a existência de um novo sinistro se o evento ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva em relação às lesões do evento anterior. Não haverá cumulação de indenizações em consequência de eventos ocorridos em datas diferentes.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO

A presente Cobertura prevê a Reintegração de Capital Segurado, sem a cobrança de prêmio adicional de seguro, para outros eventos enquanto a apólice estiver vigente.

12. CESSAÇÃO DA COBERTURA

A garantia de Diária de Incapacidade cessará:

- 12.1.** Com o cancelamento da Apólice.
- 12.2.** Com o cancelamento desta Cobertura Especial.
- 12.3.** Com a ocorrência da morte do Segurado ou sua invalidez total e permanente, se contratadas.
- 12.4.** Espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo Segurado
- 12.5.** Quando esgotado o limite máximo de diárias contratado antes do final de vigência da Apólice, computado, para este fim, o período de franquia aplicável.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 13.2.** As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE

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

2. PERÍODO DE FRANQUIA E CARÊNCIA

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS PREVISTOS NAS CONDIÇÕES GERAIS, EXCLUEM-SE TAMBÉM DA PRESENTE COBERTURA:

- 3.1. AS DOENÇAS, LESÕES TRAUMÁTICAS E CIRURGIAS COMPROVADAMENTE ANTERIORES À CELEBRAÇÃO DESTE CONTRATO DE SEGURO, PARA OS QUAIS O SEGURADO TENHA PROCURADO OU RECEBIDO ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR DE QUALQUER NATUREZA, MESMO QUE OS AFASTAMENTOS SEJAM DECORRENTES DE AGRAVAMENTO, SEQUELA OU REAPARECIMENTO DESTAS, OU DE SEUS SINTOMAS E SINAIS, OU AINDA, DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS OU DEGENERANTES DELAS CONSEQUENTES.
- 3.2. A HOSPITALIZAÇÃO PARA “CHECK-UP”.
- 3.3. DIÁLISE OU HEMODIÁLISE EM PACIENTES CRÔNICOS E CIRROSE HEPÁTICA, ANTERIOR A CELEBRAÇÃO DESTE CONTRATO.
- 3.4. TRATAMENTO PARA ESTERILIZAÇÃO, FERTILIZAÇÃO E MUDANÇA DE SEXO.
- 3.5. AS CIRURGIAS PLÁSTICAS E SUAS CONSEQUÊNCIAS, SALVO AS RESTAURADORAS DECORRENTES DE ACIDENTE OCORRIDO NA VIGÊNCIA DO SEGURO E REALIZADAS NO PRAZO DE 90 (NOVENTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DA DATA DO ACIDENTE.
- 3.6. CERATOTOMIA (CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE MIOPIA).
- 3.7. OS TRATAMENTOS PARA OBESIDADE EM SUAS VÁRIAS MODALIDADES.



- 3.8.** OS PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA E OS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA.
- 3.9.** OS DISTÚRBIOS OU DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS E MENTAIS, BEM COMO QUAISQUER EVENTOS DELES DECORRENTES, INCLUSIVE PSICANÁLISE, SONOTERAPIA, PSICOTERAPIA NAS SUAS DIVERSAS MODALIDADES, TERAPIA OCUPACIONAL, PSICOLOGIA, AVALIAÇÃO E/OU TERAPIA.
- 3.10.** AS ANOMALIAS CONGÊNITAS COM MANIFESTAÇÃO ANTERIOR A CELEBRAÇÃO DESTE CONTRATO, DE CONHECIMENTO DO SEGURADO E NÃO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO.
- 3.11.** OS TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM FINALIDADE ESTÉTICA E PARA SENILIDADE, REJUVENESCIMENTO, REPOUSO, CONVALESCENÇA, EMAGRECIMENTO ESTÉTICO, GERIÁTRICOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS.
- 3.12.** LUXAÇÕES RECIDIVANTES DE QUALQUER ARTICULAÇÃO, ANTERIOR A CELEBRAÇÃO DESTE CONTRATO.
- 3.13.** AS INSTABILIDADES CRÔNICAS (AGUDIZADAS OU NÃO) DE QUALQUER ARTICULAÇÃO, ANTERIOR A CELEBRAÇÃO DESTE CONTRATO.
- 3.14.** AS DOENÇAS DE CARACTERÍSTICAS, RECONHECIDAMENTE, PROGRESSIVAS TAIS COMO: FIBROMIALGIA, ARTRITE REUMATÓIDE E OSTEOARTROSE, ANTERIOR A CELEBRAÇÃO DESTE CONTRATO.
- 3.15.** AS LOMBALGIAS, LOMBOCIATALGIAS, CIÁTICAS, SÍNDROME PÓS-LAMINECTOMIA, HÉRNIAS DISCAIS DEGENERATIVAS E PROTUSÕES DISCAIS DEGENERATIVAS, ANTERIOR A CELEBRAÇÃO DESTE CONTRATO.
- 3.16.** LASERTERAPIA, ESCLEROTERAPIA E MICROCIRURGIA DE VARIZES EM MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES (OU EM QUALQUER OUTRA REGIÃO DA SUPERFÍCIE CORPORAL) POR QUALQUER TÉCNICA, BEM COMO FULGURAÇÃO DE TELEANGECTASIAS.

4. LIMITE DE DIÁRIAS

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

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

- 5.1.** Para esta cobertura, não há previsão de taxa por idade.
- 5.2.** O aumento no prêmio dar-se-á por motivo de atualização monetária anual do capital segurado ou revisão na renovação ou nova contratação.

6. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE

- 6.1.** O aviso do afastamento à SEGURADORA deverá ser realizado, pelo Segurado ou seu representante legal, apresentando o laudo médico expedido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, atestando a incapacidade temporária, bem como documentos que comprovem o recebimento do Auxílio-Doença, podendo ainda a SEGURADORA, em caso de

dúvida fundada e justificável, solicitar quaisquer outros documentos a fim de obter mais esclarecimentos sobre o evento, sendo que neste caso o prazo indicado no item 12.3 das Condições Gerais ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas todas as exigências.

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

7. DATA DO EVENTO

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

8. PAGAMENTO DA DIÁRIA DE INCAPACIDADE

- 8.1.** Em posse dos comprovantes descritos na Cláusula 5 destas Condições Especiais, a SEGURADORA efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período de afastamento em que o segurado esteve incapacitado de exercer sua atividade profissional, a contar do primeiro dia após o término do período de franquia. O pagamento será efetuado, em até 30 (trinta) dias a partir da data da entrega de todos os documentos básicos exigidos para a liquidação do sinistro.
- 8.2.** O valor da diária será multiplicado pelo número de dias em que o segurado permanecer afastado a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento, observadas as limitações especificadas na apólice.
- 8.3.** A Diária de Incapacidade tem também como objetivo atender a uma complementação salarial, no caso de afastamento do trabalho conforme definido na Cláusula 1 destas Condições Especiais.
- 8.4.** Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da SEGURADORA, sendo que esta arcará com tais despesas.

9. CESSAÇÃO DA GARANTIA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE

A garantia de Diária de Incapacidade cessará:

- 9.1.** Com o cancelamento da apólice.
- 9.2.** Com o cancelamento desta cobertura especial.
- 9.3.** Com a ocorrência da morte do segurado, ou sua invalidez total e permanente, se contratadas.
- 9.4.** Espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo segurado.
- 9.5.** Quando esgotado o limite máximo de diárias contratado antes do final de vigência da Apólice, computado, para este fim, o período de franquia aplicável.

10. INFORMAÇÕES DE APÓLICE

- 10.1.** O segurado deverá comunicar, no momento da assinatura da Proposta de Adesão ou da solicitação de aumento de capital segurado, a contratação de outros seguros de pessoas que



também prevejam cobertura de diárias de diárias por incapacidade por acidente ou doença I, sob pena de perda de direito.

10.2. Caso haja concorrência de apólices a indenização será determinada conforme item 18 das Condições Gerais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado, em decorrência do diagnóstico de uma ou mais doenças graves cobertas ou da realização de um procedimento médico coberto, somente se o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência (diagnóstico) do evento coberto, observado o Período de Carência, os Riscos Excluídos (presentes nas condições gerais e nas condições especiais) e a legislação aplicável.
- 1.2. Esta cobertura será cancelada automaticamente quando o(a) Segurado(a) completar 70 (setenta) anos de idade. Caso tenham sido contratadas outras coberturas de seguros, permanecendo em vigor a apólice, reduzindo-se o valor do prêmio correspondente, de acordo com o estabelecido para esta cobertura, observada a cessação da cobertura para idosos a partir de 70 (setenta) anos.

2. COBERTURAS

- 2.1. Este seguro garante o pagamento de uma indenização ao Segurado em decorrência de diagnóstico de uma das Doenças previstas nas Condições Contratuais, desde que este diagnóstico ocorra durante a vigência deste Contrato e após o período de carência, estando inclusas as seguintes hipóteses:
 - 2.1.1. Acidente Vascular Cerebral (AVC).
 - 2.1.2. Câncer (exceto de pele e os não invasivos).
 - 2.1.3. Cirurgia Coronariana Tipo “Bypass”.
 - 2.1.4. **Infarto** agudo do Miocárdio.
 - 2.1.5. Insuficiência Renal Terminal.
 - 2.1.6. Transplante de Órgãos.
 - 2.1.7. A importância segurada é devida desde que o segurado esteja vivo 30 (trinta) dias após o diagnóstico.
 - 2.1.8. O diagnóstico deverá ter sido emitido pela primeira vez após a data de início deste Contrato.
 - 2.1.9. Será considerada como data do evento a data de diagnóstico médico.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 6 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS E GLOSSÁRIO, QUE FAZEM PARTE INTEGRANTE DESTA COBERTURA, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA RECLAMAÇÕES QUE ABRANJAM:**
 - 3.1.1. **DOENÇAS PROFISSIONAIS.**
 - 3.1.2. **DOENÇAS OU CONDIÇÕES MÉDICAS, PREEXISTENTES E SUAS CONSEQUÊNCIAS.**
 - 3.1.3. **ANOMALIAS CONGÊNITAS, INDEPENDENTEMENTE DE QUANDO SE MANIFESTEM.**



3.2. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA CÂNCER:

- 3.2.1. NEOPLASIA MALIGNA CLASSIFICADA COMO CARCINOMA IN SITU.**
- 3.2.2. NEOPLASIAS BENIGNAS.**
- 3.2.3. NEOPLASIAS MALIGNAS DE PELE NÃO-MELANOMA.**
- 3.2.4. NEOPLASIAS NÃO PRIMÁRIAS.**

3.3. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO:

- 3.3.1. OS INFARTOS DO MIOCÁRDIO OCORRIDOS ANTES DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO, DEMONSTRADOS ATRAVÉS DE CINTILOGRAFIA MIOCÁRDICA, ECOCARDIOGRAMA E/OU ELETROCARDIOGRAMA.**
- 3.3.2. TODA A ANGINA DO PEITO, INCLUINDO ANGINA ESTÁVEL E INSTÁVEL E ANGINA DECÚBITO.**
- 3.3.3. INFARTO DO MIOCÁRDIO SEM ELEVAÇÃO DO SEGMENTO “ST” NO ECOCARDIOGRAMA COM ELEVAÇÃO DA TROPONINA “I” OU “T”.**
- 3.3.4. OUTRAS SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS.**

3.4. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL:

- 3.4.1. ANEURISMA CEREBRAL.**
- 3.4.2. ATAQUES ISQUÊMICOS TRANSITÓRIOS.**
- 3.4.3. QUALQUER OUTRO TIPO DE ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA NÃO ORIGINADA POR UM ACIDENTE VASCULAR.**
- 3.4.4. INJÚRIA CEREBRAL RESULTANTE DE HIPÓXIA OU TRAUMA.**
- 3.4.5. HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR ACIDENTE.**
- 3.4.6. HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR TUMORES.**
- 3.4.7. HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR CIRURGIAS NO CÉREBRO.**
- 3.4.8. OBSTRUÇÃO DE ARTÉRIA OFTÁLMICA RESULTANDO EM DANO NEUROLÓGICO.**
- 3.4.9. SINTOMAS NEUROLÓGICOS CAUSADO POR ENXAQUECAS.**
- 3.4.10. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA CIRURGIA CORONARIANA:**
 - 3.4.10.1. ANGIOPLASTIA.**
 - 3.4.10.2. OUTROS PROCEDIMENTOS INTRA-ARTERIAIS.**
 - 3.4.10.3. CIRURGIA TIPO “KEY- HOLE” (QUAISQUER PROCEDIMENTOS A TÓRAX FECHADO, UTILIZANDO-SE CATETERES CIRÚRGICOS).**
 - 3.4.10.4. QUAISQUER PROCEDIMENTOS OU TÉCNICAS NÃO CIRÚRGICAS.**



- 3.5. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS VITAIS:**
- 3.5.1. TRANSPLANTES DOS DEMAIS ÓRGÃOS NÃO LISTADOS NESTA CONDIÇÃO ESPECIAL.**
 - 3.5.2. TRANSPLANTE DE TECIDO.**
 - 3.5.3. TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO.**
 - 3.5.4. TRANSPLANTE DE CÉLULAS-BETA DO PÂNCREAS.**
 - 3.5.5. AUTOTRANSPLANTE (TRANSPLANTE DE PARTES DO INDIVÍDUO EM SI PRÓPRIO), EXCETO DE MEDULA ÓSSEA.**
 - 3.5.6. COLOCAÇÃO DE CORAÇÃO ARTIFICIAL, AINDA QUE COLOCADO TEMPORARIAMENTE VISANDO A COLOCAÇÃO DE CORAÇÃO HUMANO NO FUTURO.**
 - 3.5.7. QUAISQUER TRANSPLANTES DE APENAS UMA PARTE DO ÓRGÃO.**
 - 3.5.8. TRANSPLANTE DE QUAISQUER ÓRGÃOS NÃO-HUMANOS.**
- 3.6. ESTÁGIO “A” DE CÂNCER DE PRÓSTATA.**
- 3.7. LEUCEMIA LINFÓIDE CRÔNICA.**
- 3.8. DOENÇAS PROVOCADAS POR EPIDEMIA DECLARADA POR AUTORIDADE COMPETENTE.**
- 3.9. QUALQUER CLASSE DE NEOPLASIA MALIGNA IN SITU (TUMOR MALIGNO QUE SE RESTRINGE AO EPITÉLIO ONDE SE ORIGINOU, NÃO INVADINDO O ESTROMA E, CONSEQUENTEMENTE, OS TECIDOS ADJACENTES; TUMOR MALIGNO DIAGNOSTICADO EM FASE INICIAL, PRÉ-INVASIVO, COM BOM PROGNÓSTICO E REMOVIDO TOTALMENTE) SEM INVASÃO (INCLUINDO DISPLASIA CERVICAL), ASSIM COMO O CÂNCER DE PELE, EXCETO MELANOMA INVASIVO (COMEÇANDO COM CLARK NÍVEL III).**
- 3.10. SARCOMA DE KAPOSÍ E OUTROS TUMORES ASSOCIADOS À AIDS.**
- 3.11. ESSAS DOENÇAS OU CONDIÇÕES FÍSICAS PODERÃO SER IDENTIFICADAS PELA SEGURADORA ATRAVÉS DE TODOS OS MEIOS DE VERIFICAÇÃO QUE SEJAM ACEITOS COMO PROVA, INCLUSIVE OS PRONTUÁRIOS MÉDICO-HOSPITALARES EM CONSULTÓRIOS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E HOSPITAIS.**
- 3.12. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE CÂNCER:**
- 3.12.1. CARCINOMAS NÃO INVASIVOS “IN SITU” (INCLUINDO DISPLASIA CERVICAL) E OUTRAS LESÕES PRÉ-NEOPLÁSICAS.**
 - 3.12.2. CARCINOMA BASO-CELULAR E HIPERQUERATOSES.**
 - 3.12.3. CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE PELE, EXCETO QUANDO SE TRATAR DE DISSEMINAÇÃO EM OUTROS ÓRGÃOS.**
 - 3.12.4. SARCOMA DE KAPOSÍ E OUTROS TUMORES RELATIVOS À AIDS.**
 - 3.12.5. QUALQUER TIPO DE CÂNCER DE PELE QUE NÃO SEJA MELANOMA MALIGNO INVASIVO DE MENOS DE 1,2 MM DE ESPESSURA DETERMINADO POR EXAME E MENOS DE CLARK LEVEL 3.**
 - 3.12.6. LEUCEMIA LINFÁTICA CRÔNICA.**



3.12.7. CÂNCER DE PRÓSTATA QUE ATRAVÉS DE EXAME HISTOLÓGICO, PERTENÇA A ETAPA T1 (INCLUINDO T1A E T1B DO SISTEMA TNM) OU DE QUALQUER OUTRA CLASSIFICAÇÃO MENOR.

3.12.8. OS INFARTOS DO MIOCÁRDIO ANTIGOS DEMONSTRADOS ATRAVÉS DO ECG, TODA A 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”. E OUTRAS SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE INFARTO.

3.13. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE ACIDENTE CÉREBRO VASCULAR:

3.13.1. ATAQUES ISQUÊMICOS TRANSITÓRIOS.

3.13.2. QUALQUER OUTRA ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA, QUE NÃO A PARALISIA IRREVERSÍVEL, RESULTANTE DE ACIDENTE VASCULAR.

3.13.3. INJÚRIA CEREBRAL RESULTANTE DE HIPÓXIA OU TRAUMA.

3.13.4. HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR ACIDENTE.

3.13.5. HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR TUMORES.

3.13.6. HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR CIRURGIAS NO CÉREBRO.

3.13.7. OBSTRUÇÃO DE ARTÉRIA OFTÁLMICA RESULTANDO EM DANO NEUROLÓGICO.

3.13.8. SINTOMAS NEUROLÓGICOS CAUSADO POR ENXAQUECAS.

3.14. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE CIRURGIA CORONARIANA:

3.14.1. ANGIOPLASTIA.

3.14.2. OUTROS PROCEDIMENTOS INTRA-ARTERIAIS.

3.14.3. CIRURGIA TIPO “KEY-HOLE” (QUAISQUER PROCEDIMENTOS A TÓRAX FECHADO, UTILIZANDO-SE CATETERES CIRÚRGICOS).

3.14.4. QUAISQUER PROCEDIMENTOS OU TÉCNICAS NÃO CIRÚRGICAS.

3.15. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS:

3.15.1. TRANSPLANTES DOS DEMAIS ÓRGÃOS NÃO LISTADOS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS.

3.15.2. TRANSPLANTE DE TECIDO.

3.15.3. TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO.

3.15.4. TRANSPLANTE DE CÉLULAS-BETA DO PÂNCREAS.

3.15.5. AUTO-TRANSPLANTE.

3.15.6. QUAISQUER TRANSPLANTES DE APENAS UMA PARTE DO ÓRGÃO.

4. CARÊNCIA



- 4.1.** A Carência será estabelecida na Apólice, não podendo seu prazo exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice para a cobertura contratada, contado da data de início da vigência da apólice, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento ou da recondução do seguro se suspenso, não havendo cobertura para internações decorrentes de doenças iniciadas antes ou durante o referido período.
- 4.2.** A referida Carência não é aplicável para internações decorrentes de acidente pessoal coberto.
- 4.3.** O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1.** Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data da caracterização da Doença Grave coberta.
- 5.2.** Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Doença, indicada na declaração do médico assistente do Segurado, e devidamente comprovada com exames.

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

6.1. POR IDADE

- 6.1.1.** Além do aumento no prêmio por motivo de atualização monetária anual do capital segurado, também haverá o reajuste do prêmio quando ocorrer alteração na idade do Segurado, anualmente.
- 6.1.2.** A nova taxa será aplicada no mês imediatamente posterior ao de aniversário do contrato para a cobertura de Doenças Graves.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

7.1. A cobertura individual de cada segurado cessará:

- 7.1.1.** Com o cancelamento da apólice.
- 7.1.2.** Com o cancelamento desta cobertura especial.
- 7.1.3.** Com a ocorrência da morte do segurado, ou sua invalidez total e permanente, se contratadas.
- 7.1.4.** Espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo Segurado.
- 7.1.5.** Quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio.
- 7.1.6.** Quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago.

- 7.2.** Com o pagamento da indenização de doenças graves, será reintegrado o capital para cobertura das demais doenças se diagnosticadas, exceto para possíveis diagnósticos ou doenças decorrentes da doença indenizada, e que não façam parte das doenças cobertas por esta cobertura.

8. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO



As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

Os documentos necessários à liquidação de sinistros, para além daqueles indicados nas condições gerais (Cláusulas 23) são:

- 8.1.** A ocorrência do sinistro decorrente de Câncer será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
 - 8.1.1.** Comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos).
 - 8.1.2.** Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia.
 - 8.1.3.** Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivo (apropriados para cada caso).
 - 8.1.4.** Cópia do RG/RNE e CPF do segurado.
 - 8.1.5.** Cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.
- 8.2.** A ocorrência do sinistro decorrente de Infarto será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
 - 8.2.1.** Comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos).
 - 8.2.2.** Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cardiologia demonstrando por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: histórico da dor precordial típica, alteração eletrocardiográfica, alterações das enzimas cardíacas, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso.
 - 8.2.3.** Cópia do RG/RNE e CPF do segurado.
 - 8.2.4.** Cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.
- 8.3.** A ocorrência do sinistro decorrente de Acidente Cérebro Vascular será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
 - 8.3.1.** Comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos).
 - 8.3.2.** Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia.
 - 8.3.3.** Exames complementares apropriados (tomografia computadorizada, ressonância magnética e exame de fluido cefalorraquidiano).
 - 8.3.4.** Cópia do RG/RNE e CPF do segurado.
 - 8.3.5.** Cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.
- 8.4.** A ocorrência do sinistro decorrente de Cirurgia Coronariana será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
 - 8.4.1.** Comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos).
 - 8.4.2.** Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cirurgia cardíaca.
 - 8.4.3.** Cópia do RG/RNE e CPF do segurado.
 - 8.4.4.** Cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.



- 8.5.** A ocorrência do sinistro decorrente de Insuficiência Renal será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- 8.5.1.** Comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos).
 - 8.5.2.** Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia.
 - 8.5.3.** Exames complementares apropriados.
 - 8.5.4.** Cópia do RG/RNE e CPF do segurado.
 - 8.5.5.** Cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.
- 8.6.** A ocorrência do sinistro decorrente de Transplante de Órgãos será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- 8.6.1.** Comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos).
 - 8.6.2.** Laudo de diagnóstico e exames complementares apropriados com recomendação feita pelo menos por 2 (dois) médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.
 - 8.6.3.** Cópia do RG/RNE e CPF do segurado.
 - 8.6.4.** Cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

Será considerado como “data do evento” a data do diagnóstico médico.

A elegibilidade a indenização se dará no 30º dia após a data do diagnóstico da doença coberta, desde que o segurado esteja vivo.

A indenização será paga sob a forma de pagamento único.

Somente será paga por este seguro a indenização referente à primeira doença diagnosticada dentre as previstas nessas condições contratuais, no prazo de vigência desse seguro e após o período de carência.

9. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário deste seguro será o próprio segurado.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado, em decorrência do diagnóstico de câncer, somente se o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência (diagnóstico) do primeiro evento coberto, observado o Período de Carência, os Riscos Excluídos destas condições especiais e das condições gerais, e a legislação aplicável.
- 1.2. Esta cobertura será cancelada automaticamente quando o(a) Segurado(a) completar 70 (setenta) anos de idade. Caso tenham sido contratadas outras coberturas de seguros, permanecendo em vigor a apólice, reduzindo-se o valor do prêmio correspondente, de acordo com o estabelecido para esta cobertura, observada a cessação da cobertura para idosos a partir de 70 (setenta) anos.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Câncer: Designação genérica de tumor maligno, caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos, no corpo humano. Tal designação deverá ser comprovada por meio de exame anatomopatológico. Exclui-se, no entanto, dessa designação, para efeitos do presente seguro, qualquer câncer de pele, exceto o melanoma maligno. Para os efeitos desta garantia, o tumor maligno deverá ter seu primeiro diagnóstico em data posterior ao início da vigência da apólice e findo o prazo de carência definido no contrato deste seguro. O diagnóstico de câncer maligno poderá ser realizado no paciente tanto em vida quanto em postmortem.
- 2.2. Além da definição acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

PARA FINS DE APLICAÇÃO DESTA CONDIÇÃO ESPECIAL ESTÃO EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS, ALÉM DOS JÁ RELACIONADOS NA CLÁUSULA 6 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS:

- 3.1. DIAGNÓSTICOS CONCEDIDOS PELO PRÓPRIO SEGURADO, SEUS DEPENDENTES, PARENTES, OU PESSOA COM LAÇOS DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA OU QUE RESIDAM COM O MESMO, MESMO QUE ESTES SEJAM MÉDICOS PROFISSIONAIS HABILITADOS.
- 3.2. DIAGNÓSTICOS CONCEDIDOS POR PESSOA QUE NÃO SEJA MÉDICO PROFISSIONAL HABILITADO.
- 3.3. QUALQUER TIPO DE CÂNCER DE PELE, EXCETO O MELANOMA MALIGNO.
- 3.4. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 6 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS E GLOSSÁRIO, QUE FAZEM PARTE INTEGRANTE DESTES SEGUROS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA RECLAMAÇÕES QUE ABRANJAM:
 - 3.4.1. DOENÇAS PROFISSIONAIS.
 - 3.4.2. DOENÇAS OU CONDIÇÕES MÉDICAS PREEXISTENTES E SUAS CONSEQUÊNCIAS.



3.4.3. ESSAS DOENÇAS OU CONDIÇÕES FÍSICAS PODERÃO SER IDENTIFICADAS PELA SEGURADORA POR MEIO DE TODOS OS MEIOS DE VERIFICAÇÃO QUE SEJAM ACEITOS COMO PROVA, INCLUSIVE OS PRONTUÁRIOS MÉDICO-HOSPITALARES EM CONSULTÓRIOS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E HOSPITAIS.

3.5. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE CÂNCER:

- 3.5.1. CARCINOMAS NÃO INVASIVOS “IN SITU” (INCLUINDO DISPLASIA CERVICAL) E OUTRAS LESÕES PRÉ-NEOPLÁSICAS.**
- 3.5.2. CARCINOMA BASO-CELULAR E HIPERQUERATOSES.**
- 3.5.3. CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE PELE, EXCETO QUANDO SE TRATAR DE DISSEMINAÇÃO EM OUTROS ÓRGÃOS.**
- 3.5.4. SARCOMA DE KAPOSI E OUTROS TUMORES RELATIVOS À AIDS.**
- 3.5.5. QUALQUER TIPO DE CÂNCER DE PELE QUE NÃO SEJA MELANOMA MALIGNO INVASIVO DE MENOS DE 1,2 MM DE ESPESSURA DETERMINADO POR EXAME E MENOS DE CLARK LEVEL 3.**
- 3.5.6. LEUCEMIA LINFÁTICA CRÔNICA.**
- 3.5.7. CÂNCER DE PRÓSTATA QUE ATRAVÉS DE EXAME HISTOLÓGICO, PERTENÇA A ETAPA T1 (INCLUINDO T1A E T1B DO SISTEMA TNM) OU DE QUALQUER OUTRA CLASSIFICAÇÃO MENOR.**

4. CARÊNCIA

- 4.1.** A Carência será estabelecida na Apólice, e o prazo de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice para a cobertura contratada, contados da data de início do risco individual, do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento ou da recondução do seguro, se suspenso, não havendo cobertura para internações decorrentes de doenças iniciadas antes ou durante o referido período.
- 4.2.** A referida Carência não é aplicável para internações decorrentes de acidente pessoal coberto.
- 4.3.** O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1.** Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data da caracterização e diagnóstico de Câncer coberto.
- 5.2.** Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Doença, indicada na declaração do médico assistente do Segurado, e devidamente comprovada com exames.



6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

- 6.1.** POR IDADE — Além do aumento no prêmio por motivo de atualização monetária anual do capital segurado, também haverá o reajuste do prêmio quando ocorrer alteração na idade do Segurado, anualmente.
- 6.2.** A nova taxa será aplicada no mês imediatamente posterior ao de aniversário do Contrato, para a cobertura de Câncer.

Idade	Variação % Anual
20	—
21	12%
22	5%
23	15%
24	4%
25	13%
26	7%
27	10%
28	9%
29	9%
30	11%
31	7%
32	11%
33	8%

Idade	Variação % Anual
34	11%
35	8%
36	9%
37	7%
38	8%
39	9%
40	8%
41	8%
42	10%
43	10%
44	9%
45	10%
46	11%
47	9%

Idade	Variação % Anual
48	9%
49	9%
50	8%
51	9%
52	8%
53	8%
54	8%
55	7%
56	9%
57	9%
58	9%
59	8%
60	8%
61	8%

Idade	Variação % Anual
62	8
63	7%
64	7%
65	7%
66	7%
67	7%
68	6%
69	6%
70	6%

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

- 7.1.** A cobertura individual de cada segurado cessará:
- 7.1.1.** Com o cancelamento da apólice.
 - 7.1.2.** Com o cancelamento desta cobertura especial.
 - 7.1.3.** Com a ocorrência da morte do segurado, ou sua invalidez total e permanente, se contratadas.
 - 7.1.4.** Espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo segurado.
 - 7.1.5.** Quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio, nos termos definidos nas condições gerais.
 - 7.1.6.** Quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago.



- 7.1.7.** Com o pagamento da indenização de Doenças Graves, será reintegrado o capital para cobertura das demais doenças se diagnosticadas posteriormente ao primeiro evento, exceto para possíveis diagnósticos ou doenças decorrentes da doença indenizada, e que não façam parte das doenças cobertas por esta cobertura.

8. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

- 8.1.** As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 8.2.** Os documentos necessários à liquidação de sinistros são:
- 8.2.1.** A ocorrência do sinistro decorrente de Câncer será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- 8.2.1.1.** Comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos).
 - 8.2.1.2.** Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia.
 - 8.2.1.3.** Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivo (apropriados para cada caso).
 - 8.2.1.4.** Cópia do RG/RNE e CPF do segurado.
 - 8.2.1.5.** Cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.
- 8.3.** Será considerada como data do evento a data do diagnóstico médico.
- 8.4.** A elegibilidade a indenização se dará no 30º (trigésimo) dia após a data do diagnóstico da doença coberta, desde que o segurado esteja vivo.
- 8.5.** A indenização será paga sob a forma de pagamento único.
- 8.6.** Somente será paga por este seguro a indenização referente à primeira doença diagnosticada dentre as previstas nessas condições contratuais, no prazo de vigência desse seguro e após o período de carência.

9. BENEFICIÁRIOS

- 9.1.** O Beneficiário deste seguro será o próprio segurado.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



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



COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DA GARANTIA DE DEPENDENTES

Esta cobertura garante ao Segurado titular o pagamento do capital segurado, em caso de contratação da cobertura de Morte, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, e Auxílio Funeral para o seu cônjuge, ou o pagamento ao próprio cônjuge, em caso de contratação de outras Coberturas, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais e das Condições Gerais do seguro, além da legislação aplicável.

2. DEFINIÇÃO DE CÔNJUGE

- 2.1. A comprovação da condição de cônjuge (também denominado Segurado cônjuge) dar-se-á pela apresentação de certidão de casamento atualizada ou declaração pública de vida em comum/união estável, com até 30 (trinta) dias da data de emissão do documento.
- 2.2. Para fins desta Condição Especial, a(o) companheira(o) em união estável com o Segurado titular será equiparada(o) a(o) esposa(o), nos termos do art. 1.723 do Código Civil.

3. COBERTURAS

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS RELACIONADOS NA CLÁUSULA 6 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO, SERÃO CONSIDERADOS RISCOS EXCLUÍDOS AQUELES DEFINIDOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CADA COBERTURA CONTRATADA.

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

- 5.1. Poderão fazer parte deste seguro o cônjuge que tiver sua inclusão solicitada pelo Proponente/Segurado Principal, mediante Proposta de Contratação devidamente preenchida e assinada pelo cônjuge, desde que atendam as condições estabelecidas na Cláusula 2 e respeitadas todos os itens das Condições Gerais e Especiais da apólice.
- 5.2. As respostas às questões da "Declaração Pessoal de Saúde e Atividade" com a utilização das expressões "sim" ou "não", e as respostas detalhadas por extenso, se for o caso, deverão ser respondidas pelo próprio cônjuge.

6. CAPITAL SEGURADO

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



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

7. PRÊMIO DE SEGURO E REENQUADRAMENTO

- 7.1.** A inclusão desta cláusula e de suas coberturas ao seguro contratado pelo Segurado implica cobrança de prêmio adicional, aplicando-se as taxas do plano correspondentes.
- 7.2.** Além da atualização monetária, o prêmio adicional do cônjuge seguirá a variação anual correspondente a variação de idade do segurado cônjuge, conforme tabela prevista para o segurado Titular.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em caso de sinistro cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 23. (Regulação de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos ali descritos, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura.

9. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

- 9.1.** Esta cobertura cessará automaticamente quando ocorrer:
- 9.1.1.** O pedido de cancelamento por escrito do Segurado.
 - 9.1.2.** O cancelamento das respectivas condições especiais.
 - 9.1.3.** O cancelamento do Seguro do Segurado titular.
 - 9.1.4.** A morte do segurado cônjuge vinculado a esta cobertura.
 - 9.1.5.** Perda pelo dependente cônjuge do seu vínculo com o Segurado Titular ou Principal.
- 9.2.** **O cancelamento desta cobertura ocorrerá ainda, mediante acordo entre a Seguradora e o Segurado Titular/Principal, sem prejuízo da vigência correspondente aos prêmios já pagos, podendo a Seguradora reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.**

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 10.2.** As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHO(S)

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

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

2. DEFINIÇÃO DE FILHOS

- 2.1. Será(ão) considerado(s) filho(s), para fins de inclusão nesta cobertura, filho(s) do Segurado de até 21 anos de idade ou 24 (vinte e quatro) anos de idade, se universitário(a).
- 2.2. Para fins da presente cobertura, equiparam-se aos filhos os enteados, desde que considerados dependentes econômicos do segurado titular, ou seja, que atendam as condições do item 2.1 desta Cláusula.
- 2.3. Para menores de 14 (quatorze) anos é permitido exclusivamente o pagamento do reembolso de despesas com funeral.

3. COBERTURAS

Ao(s) Filho(s) somente poderá(ão) ser concedida(s) a(s) cobertura(s) de Morte ou Morte Acidental, auxílio Funeral e Invalidez permanente total ou parcial por acidente desde que a(s) mesma(s) tenha(m) sido contratada(s) pelo Segurado titular, respeitando-se o disposto nas Condições Especiais de cada cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS RELACIONADOS NA CLÁUSULA 6 (RISCOS EXCLUÍDOS) DAS CONDIÇÕES GERAIS E GLOSSÁRIO DO SEGURO, SERÃO CONSIDERADOS RISCOS EXCLUÍDOS AQUELES DEFINIDOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CADA COBERTURA CONTRATADA.

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

Poderão fazer parte deste seguro os Filhos do Segurado titular quando a inclusão desta cobertura for solicitada mediante Proposta de Contratação devidamente preenchida e assinada pelo Segurado, desde que atendam as condições estabelecidas na Cláusula 2 destas Condições Especiais e ainda respeitadas todas as condições estabelecidas nas Condições Gerais e Especiais da apólice.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. Para fins destas Condições Especiais o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice de seguro, vigente na data do evento.
- 6.2. O capital segurado desta garantia para cada cobertura está limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado da mesma cobertura contratada pelo segurado titular.



7. PRÊMIO DE SEGURO E REENQUADRAMENTO

- 7.1.** A inclusão desta cláusula e suas coberturas implica cobrança de prêmio adicional, aplicando as taxas do plano correspondentes a idade de cada Filho multiplicado ao respectivo capital contratado para cada segurado filho. O prêmio total a ser pago pelo titular corresponderá àquele pago em razão da cobertura do Segurado titular, acrescendo-se o prêmio adicional, correspondente ao capital contratado para o filho multiplicado pela taxa correspondente à sua idade. No caso de mais de um filho, soma-se um prêmio adicional para cada filho.
- 7.2.** Além da atualização monetária, o prêmio adicional do cônjuge seguirá a variação anual correspondente a variação de idade do segurado filho, conforme tabela prevista para o segurado Titular.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em caso de sinistro cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 23 (Regulação de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos ali descritos, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada aplicável ao Segurado.

9. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

- 9.1.** Esta cobertura cessará automaticamente quando ocorrer:
- 9.1.1.** O pedido de cancelamento por escrito do Segurado.
 - 9.1.2.** O cancelamento das respectivas condições especiais.
 - 9.1.3.** O cancelamento do Seguro do Segurado titular.
 - 9.1.4.** A morte do filho dependente segurado por esta Condição Especial.
 - 9.1.5.** Do filho do Segurado completar 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos de idade, se universitário.
- 9.2.** O cancelamento desta cobertura ocorrerá ainda, mediante acordo entre a Seguradora e o Segurado, sem prejuízo da vigência correspondente aos prêmios já pagos, podendo a Seguradora reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 10.2.** As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais

COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL INDIVIDUAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviços de funeral no Brasil, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas de funeral até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais durante o período de vigência do seguro, devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

2. RISCO COBERTO

2.1. PARA MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS, NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA, É PERMITIDA EXCLUSIVAMENTE A CONTRATAÇÃO DA COBERTURA DE AUXÍLIO-FUNERAL NA MODALIDADE DE REEMBOLSO DAS DESPESAS HAVIDA COM O FUNERAL, QUE DEVEM SER COMPROVADAS MEDIANTE APRESENTAÇÃO DOS RECIBOS ORIGINAIS, QUE PODEM SER SUBSTITUÍDAS, A CRITÉRIO DA SEGURADORA, POR OUTROS COMPROVANTES SATISFATÓRIOS, OBSERVANDO-SE AS SEGUINTESS CONDIÇÕES:

2.1.1. Incluem-se, entre as despesas com o funeral, as havida com traslado.

2.1.2. NÃO ESTÃO COBERTAS AS DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE TERRENOS, JAZIGOS OU CARNEIROS.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

OS RISCOS EXCLUÍDOS NESTA CLÁUSULA SÃO OS MESMOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 6 (RISCOS EXCLUÍDOS), CONSTANTE DAS CONDIÇÕES GERAIS E GLOSSÁRIO, QUE FAZEM PARTE INTEGRANTE DESTE SEGURO.

4. CARÊNCIA OU FRANQUIA

Esta cobertura não prevê a aplicação de carência e franquia, exceto as previstas em lei.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice de Seguro, vigente na data do evento.

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

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

6.1. POR IDADE:

6.1.1. Além do aumento no prêmio por motivo de atualização monetária anual do capital segurado, também haverá o reajuste do prêmio quando ocorrer alteração na idade do Segurado, anualmente conforme tabela abaixo.



6.1.2. A nova taxa será aplicada no mês imediatamente posterior ao de aniversário do Contrato para a cobertura.

Idade	Varição Anual (%) Feminino	Varição Anual (%) Masculino	Idade	Varição Anual (%) Feminino	Varição Anual (%) Masculino	Idade	Varição Anual (%) Feminino	Varição Anual (%) Masculino
0			41	8,1%	12,0%	82	12,5%	9,9%
1			42	8,7%	13,2%	83	12,4%	9,7%
2			43	9,0%	13,8%	84	12,4%	9,6%
3			44	9,4%	14,0%	85	12,4%	9,4%
4			45	9,8%	13,6%	86	12,4%	9,3%
5			46	10,1%	12,8%	87	12,3%	9,1%
6			47	10,4%	12,1%	88	12,2%	8,9%
7			48	10,5%	11,2%	89	11,9%	8,7%
8			49	10,6%	10,5%	90	11,3%	8,5%
9			50	10,5%	10,0%	91	10,6%	8,2%
10			51	10,4%	9,5%	92	9,9%	7,9%
11			52	10,1%	9,1%	93	9,1%	7,7%
12			53	10,0%	8,8%	94	8,4%	7,4%
13			54	9,7%	8,5%	95	7,7%	7,1%
14			55	9,5%	8,1%	96	7,0%	6,8%
15	7,7%	2,6%	56	9,4%	7,6%	97	6,3%	6,6%
16	7,6%	2,3%	57	9,2%	7,2%	98	6,0%	6,6%
17	7,5%	2,9%	58	9,1%	6,9%	99	6,0%	6,7%
18	7,0%	3,0%	59	9,2%	6,8%	100	6,3%	7,0%
19	6,6%	3,5%	60	9,5%	7,1%	101	6,7%	7,4%
20	6,5%	4,0%	61	9,9%	7,6%	102	7,3%	7,9%
21	6,1%	4,4%	62	10,3%	8,2%	103	7,9%	8,3%
22	6,1%	4,5%	63	10,6%	8,9%	104	8,6%	8,8%
23	5,8%	4,7%	64	10,7%	9,6%	105	9,2%	9,2%
24	5,8%	4,8%	65	10,6%	10,3%	106	9,8%	9,6%
25	5,2%	4,4%	66	10,2%	10,9%	107	10,4%	9,9%
26	4,9%	4,1%	67	9,8%	11,4%	108	10,8%	10,2%
27	4,7%	3,4%	68	9,4%	11,7%	109	11,1%	10,4%
28	4,0%	2,7%	69	9,4%	11,8%	110	11,4%	10,6%
29	3,8%	2,1%	70	9,9%	11,6%	111	11,6%	10,6%
30	3,4%	1,3%	71	10,5%	11,4%	112	11,6%	10,7%
31	2,9%	0,6%	72	11,3%	11,0%	113	11,7%	10,7%
32	2,8%	0,0%	73	12,1%	10,6%	114	11,6%	10,6%
33	2,5%	0,1%	74	12,6%	10,4%	115	11,5%	10,5%
34	2,5%	0,1%	75	12,8%	10,2%			
35	3,0%	10,0%	76	12,9%	10,2%			
36	3,7%	0,3%	77	12,8%	10,2%			
37	4,5%	3,7%	78	12,7%	10,2%			



38	5,7%	6,0%	79	12,6%	10,2%
39	6,8%	8,4%	80	12,6%	10,1%
40	7,5%	10,4%	81	12,5%	10,0%

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 7.1.** A presente Cobertura será prestada por intermédio de rede de serviços autorizada existente no território brasileiro e no exterior.
- 7.2.** Em caso de necessidade dos serviços de funeral, o responsável deverá entrar em contato com o telefone gratuito (08007251105), disponível 24 (vinte e quatro) horas, com atendimento em português, disponibilizado na apólice e demais meios de contato com o segurado, disponibilizando a rede autorizada da Seguradora.
- 7.3.** No caso de impossibilidade de contato com o telefone gratuito disponibilizado e/ou a utilização de profissionais e/ou rede de serviços autorizada, será facultada a livre escolha dos prestadores de serviços de funeral.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

- 8.1.** Em caso de sinistro cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 23 (Regulação de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos ali descritos, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura.
- 8.2.** Os documentos necessários à liquidação de sinistros são:
- 8.2.1.** Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:
- 8.2.1.1.** Cópia da Certidão de Óbito do Segurado.
 - 8.2.1.2.** Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do Segurado.
 - 8.2.1.3.** Relatório do médico assistente, detalhado, atestando o atendimento.
 - 8.2.1.4.** Cópia dos laudos de exames realizados e imagens, se houver.
 - 8.2.1.5.** Guia de internação hospitalar (quando houver).
 - 8.2.1.6.** Comprovantes originais das despesas com o Funeral.
- 8.2.2.** Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:
- 8.2.2.1.** Cópia da Certidão de Óbito do Segurado.
 - 8.2.2.2.** Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do segurado.
 - 8.2.2.3.** Cópia da Certidão de Registro de Ocorrência Policial ou outro documento de autoridade competente do país, se houver.



- 8.2.2.4.** CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado.
 - 8.2.2.5.** Laudo de Necropsia, se realizado.
 - 8.2.2.6.** Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado.
 - 8.2.2.7.** Comprovantes originais das despesas com o Funeral.
- 8.3.** A indenização paga por esta garantia será complementar ao Capital Segurado da Cobertura de Morte.
- 8.4. O PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO OU A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO DESTA COBERTURA NÃO IMPLICA, POR PARTE DA SEGURADORA, O RECONHECIMENTO DE SÃO TAMBÉM DEVIDOS OS CAPITAIS SEGURADOS PREVISTOS POR OUTRAS COBERTURAS INDICADAS NA APÓLICE.**

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 9.2.** As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviços de funeral no Brasil, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas de funeral até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de morte do Segurado Titular, Cônjuge e filhos do casal, por causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência do seguro, devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.
- 1.2. A comprovação da condição de cônjuge dar-se-á pela apresentação de certidão de casamento atualizada ou declaração pública de vida em comum com até 30 (trinta) dias da data de emissão do documento.
- 1.3. Para fins desta Condição Especial, a(o) companheira(o) em união estável será equiparada(o) a(o) esposa(o), nos termos do art. 1.723 do Código Civil.
- 1.4. Será(ão) considerado(s) filho(s), para fins de inclusão nesta cobertura, filho(s) do Segurado de até 21 anos de idade ou 24 (vinte e quatro) anos, se universitário(a).
- 1.5. Para fins da presente cobertura, equiparam-se aos filhos os enteados, desde que dependentes econômicos do segurado titular, desde que atendam as condições do item 1.1 desta Cláusula.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

OS RISCOS EXCLUÍDOS NESTA CLÁUSULA SÃO OS MESMOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 6 (RISCOS EXCLUÍDOS), CONSTANTE DAS CONDIÇÕES GERAIS GLOSSÁRIO, QUE FAZEM PARTE INTEGRANTE DESTE SEGURO.

3. CARÊNCIA OU FRANQUIA

Esta cobertura não prevê a aplicação de carência e franquia, exceto, as previstas em lei.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice de Seguro, vigente na data do evento.
- 4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado constante na Certidão de Óbito.

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

5.1. POR IDADE

5.1.1. Além do aumento no prêmio por motivo de atualização monetária anual do capital segurado, também haverá o reajuste do prêmio quando ocorrer alteração nas idades de cada segurado, Titular, Cônjuge e filhos, anualmente conforme tabela abaixo.



5.1.2. A nova taxa será aplicada no mês imediatamente posterior ao de aniversário do Contrato para a cobertura.

Idade	Varição Anual (%) Feminino	Varição Anual (%) Masculino	Idade	Varição Anual (%) Feminino	Varição Anual (%) Masculino	Idade	Varição Anual (%) Feminino	Varição Anual (%) Masculino
0			41	8,1%	12,0%	82	12,5%	9,9%
1			42	8,7%	13,2%	83	12,4%	9,7%
2			43	9,0%	13,8%	84	12,4%	9,6%
3			44	9,4%	14,0%	85	12,4%	9,4%
4			45	9,8%	13,6%	86	12,4%	9,3%
5			46	10,1%	12,8%	87	12,3%	9,1%
6			47	10,4%	12,1%	88	12,2%	8,9%
7			48	10,5%	11,2%	89	11,9%	8,7%
8			49	10,6%	10,5%	90	11,3%	8,5%
9			50	10,5%	10,0%	91	10,6%	8,2%
10			51	10,4%	9,5%	92	9,9%	7,9%
11			52	10,1%	9,1%	93	9,1%	7,7%
12			53	10,0%	8,8%	94	8,4%	7,4%
13			54	9,7%	8,5%	95	7,7%	7,1%
14			55	9,5%	8,1%	96	7,0%	6,8%
15	7,7%	2,6%	56	9,4%	7,6%	97	6,3%	6,6%
16	7,6%	2,3%	57	9,2%	7,2%	98	6,0%	6,6%
17	7,5%	2,9%	58	9,1%	6,9%	99	6,0%	6,7%
18	7,0%	3,0%	59	9,2%	6,8%	100	6,3%	7,0%
19	6,6%	3,5%	60	9,5%	7,1%	101	6,7%	7,4%
20	6,5%	4,0%	61	9,9%	7,6%	102	7,3%	7,9%
21	6,1%	4,4%	62	10,3%	8,2%	103	7,9%	8,3%
22	6,1%	4,5%	63	10,6%	8,9%	104	8,6%	8,8%
23	5,8%	4,7%	64	10,7%	9,6%	105	9,2%	9,2%
24	5,8%	4,8%	65	10,6%	10,3%	106	9,8%	9,6%
25	5,2%	4,4%	66	10,2%	10,9%	107	10,4%	9,9%
26	4,9%	4,1%	67	9,8%	11,4%	108	10,8%	10,2%
27	4,7%	3,4%	68	9,4%	11,7%	109	11,1%	10,4%
28	4,0%	2,7%	69	9,4%	11,8%	110	11,4%	10,6%
29	3,8%	2,1%	70	9,9%	11,6%	111	11,6%	10,6%
30	3,4%	1,3%	71	10,5%	11,4%	112	11,6%	10,7%
31	2,9%	0,6%	72	11,3%	11,0%	113	11,7%	10,7%
32	2,8%	0,0%	73	12,1%	10,6%	114	11,6%	10,6%
33	2,5%	0,1%	74	12,6%	10,4%	115	11,5%	10,5%
34	2,5%	0,1%	75	12,8%	10,2%			
35	3,0%	10,0%	76	12,9%	10,2%			
36	3,7%	0,3%	77	12,8%	10,2%			
37	4,5%	3,7%	78	12,7%	10,2%			



38	5,7%	6,0%	79	12,6%	10,2%
39	6,8%	8,4%	80	12,6%	10,1%
40	7,5%	10,4%	81	12,5%	10,0%

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 6.1.** A presente Cobertura será prestada por intermédio de rede de serviços autorizada existente no território brasileiro e no exterior.
- 6.2.** Em caso de necessidade dos serviços de funeral, o responsável deverá entrar em contato com o telefone gratuito (08007251105), disponível 24 (vinte e quatro) horas, com atendimento em português, disponibilizado na apólice e demais meios de contato com o segurado, disponibilizando a rede autorizada da Seguradora.
- 6.3.** No caso de impossibilidade de contato com o telefone gratuito disponibilizado e/ou a utilização de profissionais e/ou rede de serviços autorizada, será facultada a livre escolha dos prestadores de serviços de funeral.

7. REGULAÇÃO DE SINISTRO

- 7.1.** Em caso de sinistro cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 23 (Regulação de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos ali descritos, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura.
- 7.2.** Os documentos necessários à liquidação de sinistros são:
- 7.2.1.** Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:
- 7.2.1.1.** Cópia da Certidão de Óbito do Segurado.
 - 7.2.1.2.** Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do segurado.
 - 7.2.1.3.** Relatório do médico assistente, detalhado, atestando o atendimento.
 - 7.2.1.4.** Cópia dos laudos de exames realizados e imagens, se houver.
 - 7.2.1.5.** Guia de internação hospitalar (quando houver).
 - 7.2.1.6.** Comprovantes originais das despesas com o Funeral.
- 7.2.2.** Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:
- 7.2.2.1.** Cópia da Certidão de Óbito do Segurado.
 - 7.2.2.2.** Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do segurado.
 - 7.2.2.3.** Cópia da Certidão de Registro de Ocorrência Policial ou outro documento de autoridade competente do país, se houver.



- 7.2.2.4.** CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - 7.2.2.5.** Laudo de Necropsia, se realizado;
 - 7.2.2.6.** Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado.
 - 7.2.2.7.** Comprovantes originais das despesas com o Funeral.
- 7.3.** A indenização paga por esta garantia será complementar ao Capital Segurado da Cobertura de Morte.
- 7.4.** **O pagamento do Capital Segurado ou a prestação do serviço desta Cobertura não implica, por parte da SEGURADORA, o reconhecimento de que são também devidos os Capitais Segurados previstos por outras coberturas indicadas na Apólice**

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 8.1.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 8.2.** As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

COBERTURA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviços de fornecimento de cartão alimentação para auxílio com alimentação no Brasil, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, a indenização até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de morte do Segurado Titular, por causas naturais ou acidentais, cobertas pelo seguro, durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura é a morte do Segurado Principal por causas naturais ou acidentais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

OS RISCOS EXCLUÍDOS NESTA CLÁUSULA SÃO OS MESMOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 6 (RISCOS EXCLUÍDOS), CONSTANTE DAS CONDIÇÕES GERAIS E GLOSSÁRIO, QUE FAZEM PARTE INTEGRANTE DESTE SEGURO.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1.** O Capital Segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na Apólice e vigente na data do evento.
- 4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

5.1. POR IDADE

5.1.1. Além do aumento no prêmio por motivo de atualização monetária anual do capital segurado, também haverá o reajuste do prêmio quando ocorrer alteração na idade do Segurado, anualmente, conforme tabela abaixo.

5.1.2. A nova taxa será aplicada no mês imediatamente posterior ao de aniversário do Contrato para a cobertura.

Idade	Varição Anual (%) Feminino	Varição Anual (%) Masculino	Idade	Varição Anual (%) Feminino	Varição Anual (%) Masculino	Idade	Varição Anual (%) Feminino	Varição Anual (%) Masculino
0			41	8,1%	12,0%	82	12,5%	9,9%
1			42	8,7%	13,2%	83	12,4%	9,7%
2			43	9,0%	13,8%	84	12,4%	9,6%
3			44	9,4%	14,0%	85	12,4%	9,4%
4			45	9,8%	13,6%	86	12,4%	9,3%



5			46	10,1%	12,8%	87	12,3%	9,1%
6			47	10,4%	12,1%	88	12,2%	8,9%
7			48	10,5%	11,2%	89	11,9%	8,7%
8			49	10,6%	10,5%	90	11,3%	8,5%
9			50	10,5%	10,0%	91	10,6%	8,2%
10			51	10,4%	9,5%	92	9,9%	7,9%
11			52	10,1%	9,1%	93	9,1%	7,7%
12			53	10,0%	8,8%	94	8,4%	7,4%
13			54	9,7%	8,5%	95	7,7%	7,1%
14			55	9,5%	8,1%	96	7,0%	6,8%
15	7,7%	2,6%	56	9,4%	7,6%	97	6,3%	6,6%
16	7,6%	2,3%	57	9,2%	7,2%	98	6,0%	6,6%
17	7,5%	2,9%	58	9,1%	6,9%	99	6,0%	6,7%
18	7,0%	3,0%	59	9,2%	6,8%	100	6,3%	7,0%
19	6,6%	3,5%	60	9,5%	7,1%	101	6,7%	7,4%
20	6,5%	4,0%	61	9,9%	7,6%	102	7,3%	7,9%
21	6,1%	4,4%	62	10,3%	8,2%	103	7,9%	8,3%
22	6,1%	4,5%	63	10,6%	8,9%	104	8,6%	8,8%
23	5,8%	4,7%	64	10,7%	9,6%	105	9,2%	9,2%
24	5,8%	4,8%	65	10,6%	10,3%	106	9,8%	9,6%
25	5,2%	4,4%	66	10,2%	10,9%	107	10,4%	9,9%
26	4,9%	4,1%	67	9,8%	11,4%	108	10,8%	10,2%
27	4,7%	3,4%	68	9,4%	11,7%	109	11,1%	10,4%
28	4,0%	2,7%	69	9,4%	11,8%	110	11,4%	10,6%
29	3,8%	2,1%	70	9,9%	11,6%	111	11,6%	10,6%
30	3,4%	1,3%	71	10,5%	11,4%	112	11,6%	10,7%
31	2,9%	0,6%	72	11,3%	11,0%	113	11,7%	10,7%
32	2,8%	0,0%	73	12,1%	10,6%	114	11,6%	10,6%
33	2,5%	0,1%	74	12,6%	10,4%	115	11,5%	10,5%
34	2,5%	0,1%	75	12,8%	10,2%			
35	3,0%	10,0%	76	12,9%	10,2%			
36	3,7%	0,3%	77	12,8%	10,2%			
37	4,5%	3,7%	78	12,7%	10,2%			
38	5,7%	6,0%	79	12,6%	10,2%			
39	6,8%	8,4%	80	12,6%	10,1%			
40	7,5%	10,4%	81	12,5%	10,0%			

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 6.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 6.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas na apólice.
- 6.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 6.4. O prazo máximo de carência será de dois anos, não excedendo metade do prazo de vigência.



- 6.5.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente autoinfligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado não haverá carência.

7. BENEFICIÁRIO

O pagamento do Capital Segurado será feito ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) na proporção definida pelo Segurado na Proposta de Adesão ou, não havendo indicação, em conformidade o disposto no Código Civil Brasileiro.

8. FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

- 8.1.** O pagamento do Capital Segurado será feito em dinheiro, mediante pagamento de um determinado número de parcelas, ou mediante o fornecimento de Vale Alimentação disponibilizado em cartão magnético fornecido por empresa terceirizada e especializada, desde que expressamente solicitado pelo Segurado ou Beneficiário(s).
- 8.2.** Na hipótese de fornecimento de Vale Alimentação em cartão magnético, deverão ser observadas as seguintes condições:
- 8.2.1.** A SEGURADORA SOMENTE PROVIDENCIARÁ A ENTREGA DO VALE-ALIMENTAÇÃO APÓS APURADA A COBERTURA TÉCNICA DESTA CLÁUSULA, RESPEITADOS OS PRAZOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO CONFORME ESTABELECIDO NAS CONDIÇÕES GERAIS.
 - 8.2.2.** O VALE-ALIMENTAÇÃO SERÁ ENTREGUE MEDIANTE ASSINATURA DE CONTRARRECIBO POR PARTE DO BENEFICIÁRIO LEGITIMADO.
 - 8.2.3.** O VALOR TOTAL DO VALE-ALIMENTAÇÃO SERÁ IDÊNTICO AO VALOR DO CAPITAL SEGURADO DEVIDO E SERÁ DIVIDIDO EM 6 PARCELAS MENSIS E DE IGUAL VALOR, CREDITADO MENSALMENTE NO CARTÃO MAGNÉTICO PARA USO DO BENEFICIÁRIO NOS ESTABELECIMENTOS CREDENCIADOS DA OPERADORA, CONFORME ORIENTAÇÕES TRANSMITIDAS AO BENEFICIÁRIO QUANDO DA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO.
 - 8.2.4.** O VALE ALIMENTAÇÃO SOMENTE SERÁ ENTREGUE E VÁLIDO NO BRASIL.
 - 8.2.5.** A OCORRÊNCIA DE CATÁSTROFES, TAIS COMO ENCHENTES, GREVES, OU DE OUTROS FATORES SÚBITOS E INVOLUNTÁRIOS PODERÃO EVENTUALMENTE INTERFERIR NO PRAZO DE ENTREGA DO VALE ALIMENTAÇÃO.
 - 8.2.6.** O PRAZO DE VALIDADE DO CARTÃO MAGNÉTICO DO VALE ALIMENTAÇÃO SERÁ ESPECIFICADO NA APÓLICE.
- 8.3.** A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS NÃO IMPLICA, POR PARTE DA SEGURADORA, O RECONHECIMENTO DE QUE TAMBÉM SÃO DEVIDOS OS CAPITAIS DE OUTRAS COBERTURAS INDICADAS NA APÓLICE.



9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 9.2.** As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.