

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL (VI) -
APÓLICE

SUMÁRIO

DISPOSIÇÕES INICIAIS.....	5
CONDIÇÕES GERAIS	5
1. OBJETIVO DO SEGURO	5
2. DEFINIÇÕES	6
3. RISCOS EXCLUÍDOS	9
4. CARÊNCIA.....	10
5. FRANQUIA.....	10
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	10
7. DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE.....	10
8. VIGÊNCIA DO SEGURO E RENOVAÇÃO	12
9. INFORMAÇÕES SOBRE RISCO E DECLARAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO CONTRATO	13
10. BENEFICIÁRIOS	13
11. CAPITAL SEGURADO	13
12. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO.....	14
13. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO	14
14. O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO	15
15. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS	16
16. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	16
17. COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS	16
18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	18
19. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO	19
20. PERDA DE DIREITOS.....	20
21. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	21
22. PRESCRIÇÃO.....	21
23. FORO	21
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE (M).....	23
1. OBJETIVO DA COBERTURA	23
2. RISCOS EXCLUÍDOS	23
3. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO	23
4. CARÊNCIA.....	23
5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	24
6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	25
7. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	27

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	28
1. OBJETIVO DA COBERTURA	28
2. RISCOS EXCLUÍDOS	28
3. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO	28
4. CARÊNCIA.....	28
5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	29
6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	29
7. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	30
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG)	32
1. OBJETIVO DA COBERTURA	32
2. RISCOS EXCLUÍDOS	35
3. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO	36
4. CARÊNCIA.....	37
5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	37
6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	38
7. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	40
CONDIÇÕES ESPECIAIS - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	41
1. OBJETIVO DA COBERTURA	41
2. RISCOS EXCLUÍDOS	45
3. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO	45
4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	46
5. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	46
6. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	47
CONDIÇÕES ESPECIAIS - DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)	48
1. OBJETIVO DA COBERTURA	48
2. RISCOS EXCLUÍDOS	48
3. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO	48
4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	49
5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	49
6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	49
7. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	50
CONDIÇÕES ESPECIAIS - DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT-A)	51
1. OBJETIVO DA COBERTURA	51
2. RISCOS EXCLUÍDOS	52
3. ÂMBITO GEOGRÁFICO	53

4.	CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO	53
5.	CARÊNCIA.....	54
6.	FRANQUIA.....	54
7.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	54
8.	OCORRÊNCIA DE SINISTRO.....	54
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	55
CONDIÇÕES ESPECIAIS - AUXÍLIO FUNERAL (AUX-FUN).....		56
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	56
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	56
3.	ÂMBITO GEOGRÁFICO	56
4.	CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO	56
5.	CARÊNCIA.....	56
6.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	57
7.	OCORRÊNCIA DE SINISTRO	58
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	60

DISPOSIÇÕES INICIAIS

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

O Segurado poderá consultar a situação cadastral do Corretor de Seguros e da sociedade Seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

Este seguro é de contratação individual.

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização de acordo com a(s) coberturas e limitado ao valor do Capital Segurado contratado pelo Segurado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, durante o período de vigência e mediante o pagamento do prêmio correspondente, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Especiais e nas disposições legais aplicáveis.**
 - 1.1.1. Pelo contrato de seguro, a Seguradora obriga-se, mediante o pagamento do prêmio equivalente, a garantir interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário contra riscos predeterminados.
 - 1.1.2. Este contrato de seguro é regido pela Lei 15.040 de 9 de dezembro de 2024, e, no que couber, pela Lei 10.406 de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), sem prejuízo da aplicação supletiva de resoluções, circulares e instruções normativas emitidas pelos órgãos reguladores, desde que, em acordo com a Lei nº 15.040/2024.
- 1.2. É permitida a contratação das coberturas oferecidas de forma isolada ou em conjunto.
- 1.3. Coberturas:
 - 1.3.1. Morte (M);
 - 1.3.2. Morte Acidental (MA);
 - 1.3.3. Doenças Graves (DG);
 - 1.3.4. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
 - 1.3.5. Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO);
 - 1.3.6. Diária por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A);
 - 1.3.7. Auxílio Funeral (AUX-FUN).
- 1.4. As coberturas do seguro são aquelas discriminadas na Proposta de Contratação e, quando contratadas, estarão expressas e ratificadas na Apólice.
- 1.5. As indenizações previstas para as coberturas conjugadas: Morte (M) e Morte Acidental (MA), se

acumulam e podem ser contratadas de forma conjugada, quando definido na Proposta de Contratação.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para efeito deste seguro, entende-se por:

- 2.1.1. **ACIDENTE PESSOAL:** evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal, observado o prazo de carência aplicado a esse evento.
- 2.1.2. **AGRAVAMENTO DO RISCO:** ato que conduza o aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito no questionário ou da severidade dos efeitos.
- 2.1.6. **APÓLICE DE SEGURO:** documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas ajustadas entre as partes, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).
- 2.1.7. **ATO DOLOSO:** ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.
- 2.1.8. **ATO ILÍCITO:** toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.
- 2.1.9. **AVISO DE SINISTRO:** comunicação formal da ocorrência de um sinistro feito à Seguradora.
- 2.1.10. **BENEFICIÁRIOS:** são as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber o Capital Segurado na hipótese de sinistro com o Segurado.
- 2.1.11. **CAPITAL SEGURADO:** é a importância máxima a ser paga pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.
- 2.1.12. **CARÊNCIA:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito ao recebimento dos Capitais Segurados contratados.
- 2.1.13. **CONDIÇÕES CONTRATUAIS:** conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.
- 2.1.14. **CONDIÇÕES ESPECIAIS:** conjunto de cláusulas que complementam ou alteram as Condições Gerais do Contrato de Seguro, ampliando ou restringindo as Coberturas.
- 2.1.15. **CONDIÇÕES GERAIS:** são as cláusulas destinadas a estabelecer os termos e condições contratuais deste Seguro e representando os direitos e as obrigações inerentes às partes

contratantes, Segurado e Seguradora.

- 2.1.16.CONTRATO DE SEGURO:** é constituído pelos documentos de aceitação que formalizam o contrato e estabelecem o direito a indenização de seguro, nos termos das condições contratuais.
- 2.1.17.CORRETOR DE SEGUROS:** o corretor de seguros configura-se como interessado na relação contratual securitária. Ele é o profissional que participa ativamente da formação do contrato, representando o Segurado e intermediando a negociação com a Seguradora, prestando informações fidedignas e completas para a análise do risco e repassando aos Segurados os documentos e informações disponibilizadas pela Seguradora, sempre que pertinente, dentro do prazo legal. Seu interesse é econômico, pelo direito à comissão, e jurídico, em razão do dever de atuar com boa-fé e lealdade na prestação de informações entre as partes da relação contratual.
- 2.1.18. DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE – DPS:** questionário complementar da Proposta de Contratação em que o proponente presta informações sobre as condições de saúde para avaliação do risco, na data de contratação do seguro.
- 2.1.19.DESEMPESAS DE CONTRATAÇÃO:** são despesas e custos efetivamente incorridos pela Seguradora durante o processo de formação e administração do contrato de seguro, tais como, mas não limitados a: custos operacionais e administrativos; despesas com análise de risco e subscrição; comissões e remunerações pagas aos intermediários; despesas com comunicação e atendimento ao cliente; despesas com os serviços de regulação e liquidação do sinistro.
- 2.1.20.DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES:** doença acometida e de conhecimento do Segurado em momento anterior à contratação do seguro e não declarada na Proposta de Contratação.
- 2.1.21.ENDOSSO:** documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.
- 2.1.22.ENDOSSO DE REENQUADRAMENTO:** documento expedido pela Seguradora, anualmente, que demonstra os Capitais Segurados atualizados além do Prêmio do Seguro recalculado em função da atualização monetária e mudança da idade do Segurado.
- 2.1.23.EVENTO COBERTO:** acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante a vigência e que acarreta obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) beneficiário(s).
- 2.1.24.FRANQUIA:** é o período de tempo, ininterrupto, não considerado para cálculo do pagamento da indenização ou reembolso, contado a partir da caracterização do sinistro coberto.
- 2.1.25.INDENIZAÇÃO:** é o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.
- 2.1.26.INTERESSE LEGÍTIMO:** vínculo econômico, patrimonial, jurídico ou afetivo que justifique a contratação do seguro. A ausência ou impossibilidade de existência de interesse legítimo torna o

contrato ineficaz ou nulo.

- 2.1.27. JUROS DE MORA:** encargo financeiro por atraso no pagamento ou recebimento de algum valor, após a aplicação do índice de atualização de valores monetários.
- 2.1.28. MÁ-FÉ:** agir de modo contrário à lei ou ao direito de forma proposital.
- 2.1.29. MÉDICO ASSISTENTE:** profissional legalmente licenciado para a prática de medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc). Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.
- 2.1.30. PERÍODO DE COBERTURA:** período em que o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos Capitais Segurados contratados, em caso de sinistro coberto pelo Seguro.
- 2.1.31. PRÊMIO DO SEGURO:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 2.1.32. PRESCRIÇÃO:** perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido reclamando um interesse, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.
- 2.1.33. PROPONENTE:** pessoa física interessada em contratar cobertura(s) de seguro.
- 2.1.34. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:** documento que formaliza o interesse do proponente em contratar ou alterar o seguro. Cotações e documentos como, mas não se limitando a e-mails, tabelas de Excel e ou notificação, emitidos e ou recebidos durante a fase de negociação de um contrato de seguro, não serão considerados como uma Proposta de Contratação.
- 2.1.35. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES:** é aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados nesse mesmo período.
- 2.1.36. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS:** processos que têm, respectivamente, por objetivo identificar as causas e os efeitos do fato comunicado pelo interessado e quantificar em dinheiro os valores devidos pela Seguradora, salvo quando convencionada reposição em espécie.
- 2.1.37. RISCO COBERTO:** é o risco previsto no Plano de Seguro que caracterizará a indenização e/ou reembolso.
- 2.1.38. RISCOS EXCLUÍDOS:** são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano.
- 2.1.39. SEGURADORA:** é a sociedade devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo Prêmio do Seguro garante os riscos previstos no contrato.
- 2.1.40. SINISTRO COBERTO:** sinistro indenizável pelas coberturas efetivamente contratadas na Apólice, ou seja, que se enquadre objetivamente na descrição da cobertura contratada, e desde que não

incida qualquer hipótese de perda de direitos, riscos excluídos ou, ainda, prescrição.

2.1.41. SINISTRO VINCULADO: sinistro ocasionado pelo mesmo acidente já avisado anteriormente e que tenha relação de continuidade para efeito de contagem do saldo de diárias da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A).

2.1.42. VIGÊNCIA: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade Seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro, os eventos ocorridos em consequência direta ou indiretamente:

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;
- d) De doenças ou lesões preexistentes à contratação do Seguro e de conhecimento do Segurado, não declaradas na declaração pessoal de saúde para avaliação das condições de saúde do Segurado;
- e) Da prática, por parte do Segurado, seu(s) Beneficiário(s), ou do representante legal de um ou de outro, de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- f) Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 02 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice do Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- g) Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente;
- h) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;
- i) Ato terrorista, cabendo a Seguradora comprovar com toda a documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independente do seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentado à ordem pública por autoridade competente;
- j) Acidentes ocorridos com o Segurado, na condição de condutor do veículo ou operador de equipamento que requeira aptidão, no qual o mesmo não possua habilitação legal para tanto;
- k) Riscos cibernéticos e perdas financeiras, materiais ou corporais decorrentes de atividades maliciosas cibernéticas internas ou externas;
- l) Os ferimentos auto infligidos, sejam de natureza temporária ou permanente, ressalvadas as hipóteses de tentativa de suicídio ocorrida após os 02 (dois) primeiros anos de vigência inicial da

Apólice, ou ainda, após sua recondução nos casos em que tenha havido suspensão.

4. CARÊNCIA

- 4.1. As carências, quando aplicáveis, serão estabelecidas nas Condições Especiais de acordo com a cobertura contratada.

5. FRANQUIA

- 5.1. As franquias, quando aplicáveis, serão estabelecidas nas Condições Especiais de acordo com a cobertura contratada.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 6.1. O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição contrária especificada nas Condições Especiais, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.
- 6.2. As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

7. DA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE

- 7.1. Somente poderão ser aceitas no seguro as pessoas que na data do preenchimento da Proposta de Contratação estejam em boas condições de saúde e tenham idade dentro dos limites estabelecidos na Proposta de Contratação.
- 7.2. A aceitação deste seguro será precedida da análise do risco pela Seguradora, com base nas informações fornecidas na Proposta de Contratação e na Declaração Pessoal de Saúde.
 - 7.2.1. A aceitação do Proponente se fará mediante aplicação de questionário para avaliação das condições de saúde e atividade do proponente, e ainda, quando a Seguradora julgar necessário, informações financeiras e relatório médico e/ou exames complementares.
 - 7.2.2. A aplicação do(s) questionário(s) será realizada por meio de preenchimento de formulários da Seguradora.
 - 7.2.3. A contratação deste seguro deverá ser precedida da entrega de Proposta de Contratação à Seguradora, preenchida e assinada pelo proponente.
- 7.3. O(s) pedido(s) de cotação à Seguradora não equivale(m) à Proposta, e as informações prestadas pelas partes e por terceiros intervenientes integram o contrato que vier a ser celebrado.
- 7.4. **A Proposta de Contratação e a Declaração Pessoal de Saúde fazem parte integrante deste Contrato de Seguro, uma vez que contém todas as informações essenciais à avaliação e Aceitação do Risco pela**

Seguradora.

- 7.5. A aceitação da Proposta dependente de análise interna da Seguradora, que se reserva o direito de, através de critérios técnicos, negar os riscos que considere em desacordo com os interesses do seu negócio, não ficando tal recusa caracterizada como ato discriminatório ou impeditivo da livre iniciativa empresarial.
- 7.6. O Proponente é obrigado a fornecer todas as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com a Declaração Pessoal de Saúde que lhe submeta a Seguradora. O proponente deve informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos.
- 7.7. O descumprimento doloso do dever de informar previsto acima, importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora.
- 7.8. O descumprimento culposo do dever de informar previsto acima, implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.
- 7.9. Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.
 - 7.9.1. Risco normalmente não subscrito é aquele que vai contra as regras da política de aceitação da Seguradora.
 - 7.9.2. A análise ou impossibilidade de garantia de um risco é de competência exclusiva e interna da Seguradora, de acordo com sua política de aceitação, entre eles, mas não se limitando aos aspectos comerciais, atuariais e técnicos.
- 7.10. As despesas incorridas com a contratação são todas aquelas necessárias para que haja a contratação de um seguro, entre elas, mas não se limitando às administrativas e tributos.
- 7.11. Após verificar que a Proposta de Contratação atendeu a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, a Seguradora fornecerá ao Proponente ou Representante, protocolo que identifica a Proposta de Contratação por ela recepcionada, com indicação de data e hora do recebimento da referida proposta. **Apenas serão consideradas como recebidas as propostas enviadas para a Seguradora através do seu site, Portal do Corretor ou Portal de parceiros autorizados.**
- 7.12. A Seguradora tem o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a aceitação ou não da Proposta de Contratação, contados a partir da data de recebimento da referida proposta. Nos casos em que a Seguradora indicar a necessidade de esclarecimentos, documentos, novo questionário, ajuste de questionário, apresentação de exames, entre outros, este prazo terá novo início, passando a ser contado a partir do momento em que forem atendidas as solicitações de informações complementares.

- 7.13. A solicitação de esclarecimentos, documentos, novo questionário, ajuste de questionário, apresentação de exames, entre outros, poderá ser realizada quantas vezes se fizer necessário, à critério da Seguradora.
- 7.14. As propostas serão consideradas aceitas através da manifestação formal e expressa da Seguradora ou, ainda, no caso de a Seguradora não se manifestar expressamente pela sua recusa no prazo de 25 (vinte e cinco) dias, contados da data da recepção da Proposta.
- 7.15. Qualquer alteração neste Contrato de Seguro deverá ser efetuada mediante nova Proposta de Contratação assinada pelo Segurado. A Seguradora terá o mesmo prazo de 15 (quinze) dias para aceitar ou recusar a alteração a ela proposta. **Não será admitida a presunção de que a Seguradora possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem da proposta de contratação ou que não tenham sido comunicadas por escrito.**
- 7.16. No caso de não aceitação da Proposta de Contratação, a Seguradora comunicará formalmente ao Proponente, ou seu representante legal.
- 7.17. A alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente.

8. VIGÊNCIA DO SEGURO E RENOVAÇÃO

- 8.1. O início e término de vigência de cada contrato de seguro dar-se-á às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas na Apólice.
- 8.2. A Seguradora emitirá e enviará a Apólice no início e a cada renovação do seguro. Em caso de utilização de meios remotos na emissão de documentos contratuais, será garantido a possibilidade de impressão ou download do documento pelo cliente.
- 8.3. Este seguro não será renovado automaticamente, sendo que a renovação demandará manifestação expressa do Segurado e da Seguradora.
- 8.4. O pagamento do prêmio, ou a autorização de débito feita pelo Segurado, demonstram de forma clara a sua vontade de renovar o seguro, desde que a Seguradora tenha enviado previamente uma notificação informando sobre a possibilidade de renovação. Esse procedimento não caracteriza renovação automática da Apólice.
- 8.5. A manifestação se tornará sem efeito, caso a Seguradora se manifeste com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação ao término de vigência da Apólice, informando a não aceitação da renovação do seguro.
- 8.6. Na renovação do seguro não haverá necessidade de nova avaliação das condições de saúde e atividade do proponente para permanência no seguro.
- 8.7. Qualquer alteração nas Condições Contratuais deste seguro será realizada por endosso à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante.

9. INFORMAÇÕES SOBRE RISCO E DECLARAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO CONTRATO

- 9.1. O seguro será nulo quando o Segurado ou a Seguradora souberem, no momento da formalização da Proposta, que o risco é impossível ou já se realizou.
- 9.2. O contrato de seguro só é válido se houver Interesse Legítimo do Proponente, Segurado ou Beneficiário.
- 9.3. O Proponente é obrigado a declarar, no momento da contratação, qualquer interesse alheio que lhes seja conhecido e que possa ser objeto do seguro, sob pena de perda do direito do Seguro, conforme disposto na legislação aplicável.
- 9.4. Deverão ser declarados todos os elementos de que o Proponente tenha conhecimento sobre o interesse e o risco a serem garantidos, necessários à aceitação da proposta e fixação do Prêmio, conforme as regras ordinárias de conhecimento e boa-fé.
- 9.5. A omissão ou falsidade dolosa nas informações implicará na perda do direito do Segurado e Beneficiário à Cobertura do seguro, sem prejuízo da cobrança do Prêmio e do ressarcimento das Despesas de Contratação incorridas pela Seguradora.

10. BENEFICIÁRIOS

- 10.1. O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais.
- 10.2. O Segurado poderá a qualquer tempo, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.
 - 10.2.1. Em caso de sinistro, será considerada a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.
 - 10.2.2. **Na falta de indicação expressa de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão Beneficiários aqueles indicados por lei.**
 - 10.2.3. É lícita a substituição do Beneficiário do seguro por meio de pedido de alteração de Beneficiário ou por declaração de última vontade.
- 10.3. No caso das coberturas de Doenças Graves (DG), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO) e Diária por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A) previstas nestas Condições Contratuais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

11. CAPITAL SEGURADO

- 11.1. O limite do Capital Segurado para cada cobertura contratada será estabelecido na Apólice do Seguro e será determinado de acordo com as regras das Condições Especiais do Seguro.
- 11.2. **O Capital Segurado e o Prêmio serão atualizados anualmente conforme previsto na cláusula 15.**

Atualização do Capital Segurado e Prêmios.

- 11.3. O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar alteração do valor do Capital Segurado, por meio de nova Proposta de Contratação, ficando a critério da Seguradora sua aceitação.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO

- 12.1. A forma de pagamento do Seguro será mensal e cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.
- 12.2. Qualquer indenização somente passa a ser devida após o pagamento do prêmio correspondente ao período de cobertura, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para o pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.
- 12.2.1. O recolhimento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado por meio de boleto bancário, débito em conta ou fatura de cartão de crédito, de acordo com a forma de cobrança prevista na Proposta de Contratação.
- 12.2.2. A data limite para pagamento do Prêmio do Seguro não poderá ultrapassar o dia especificado na Apólice de Seguro.
- 12.3. Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate do Prêmio do Seguro.
- 12.4. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa do Segurado ou com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o Prêmio do Seguro recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

13. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 13.1. A Seguradora enviará ao Segurado, ou corretor de seguros, ou representante, uma notificação, por qualquer meio idôneo que comprove o respectivo recebimento, concedendo-lhe prazo de 15 (quinze) dias úteis para a purgação da mora, e o advertindo de que, **não purgada a mora no novo prazo, suspenderá a garantia e não efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga e de que após 15 (quinze) dias úteis da suspensão da garantia, o contrato será resolvido.**
- 13.2. O prazo de 15 (quarenta e cinco) dias úteis se inicia com o recebimento da notificação.
- 13.3. Porém, se o Segurado, o corretor de seguros, ou o representante, recusar o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não for encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo terá início na data da frustração da notificação.

- 13.4. A purgação da mora no prazo, a qual inclui o pagamento de multa e de juros moratórios que restabelecerá os efeitos da Apólice ou do aditivo pelo período inicialmente contratado.
- 13.5. O decurso do prazo, sem a purgação da mora, implicará a suspensão da garantia contratual, sem prejuízo do crédito da Seguradora ao prêmio.
- 13.6. Decorridos os prazos para quitação do respectivo prêmio, o contrato de seguro será cancelado automaticamente, observadas as condições a seguir:
- 13.6.1. A falta do pagamento da primeira parcela da Apólice ou da parcela única até a data limite para pagamento implicará no cancelamento do seguro desde o início de vigência, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.
- 13.6.2. A falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira no prazo estabelecido em Contrato, acarretará a cobrança da(s) parcela(s) do prêmio devido acrescido de multa e juros de mora ao dia conforme a lei permitir. Esta situação não acarretará a suspensão das coberturas, permanecendo o direito dos Segurados ou seus Beneficiários ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.
- 13.6.3. O prazo para o pagamento dessa parcela do prêmio em atraso será de 15 (quinze) dias úteis.
- 13.6.4. A parcela do prêmio não paga até os 15 (quinze) dias úteis do seu vencimento, poderão ser cobradas judicialmente pela Seguradora e a Apólice será cancelada, após notificação, não havendo possibilidade de reabilitação.
- 13.7. Nos casos da cobrança do prêmio por meio cartão de crédito, será responsabilidade do Segurado manter os dados atualizados para lançamento da parcela para que não ocorra prejuízos à cobertura do seguro em caso de cancelamento ou validade expirada do cartão.
- 13.7.1. No caso de impedimento do lançamento da parcela mensal do seguro, seja a cobrança por meio de cartão de crédito ou débito em conta, poderá ser solicitado pelo segurado o envio do boleto da parcela vencida com o valor acrescido de juros e multa. Após o prazo de 15 (quinze) dias da data original de vencimento sem que a parcela do prêmio tenha sido quitada, a apólice será cancelada integralmente sem qualquer restituição de prêmio.

14. O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO

- 14.1. O Segurado em atraso com o pagamento dos prêmios do seguro será notificado sobre a parcela em atraso e cientificado de que o não pagamento da parcela em 15 (quinze) dias acarretará o cancelamento da Apólice, não havendo direito à indenização em caso de sinistro ocorrido no período de inadimplência.
- 14.2. Decorrido o período de tolerância para o pagamento do prêmio, a Seguradora não recepcionará o prêmio em atraso e o seguro será cancelado por falta de pagamento, observando-se o disposto na

cláusula acima.

- 14.3. Ainda que seja feito o pagamento subsequente da parcela em aberto, não afastará a suspensão e cancelamento da Apólice.

15. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

- 15.1. O valor do Capital Segurado e dos Prêmios do Seguro serão corrigidos anualmente com base na variação positiva do IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do INPC/IBGE com base na última publicação oficial e abrangendo o índice acumulado nos últimos 12 meses, verificado 02 (dois) meses anteriores ao mês de aniversário anual do seguro.

15.1.1. **Exemplo:**

Início de vigência: mês de abril/2025

Mês da atualização monetária: mês de abril/2026

IPCA acumulado (12 meses) do período de 01 de fevereiro/2025 a 31 de janeiro/2026

- 15.2. A atualização de valores relativos a Prêmios e Capital Segurado observará a legislação específica vigente.

16. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

- 16.1. Além da atualização monetária do Prêmio do seguro em função da atualização do Capital Segurado prevista na cláusula 15, este seguro prevê o reenquadramento anual do prêmio por mudança da idade do Segurado.

16.1.1. A nova taxa do seguro será aplicada juntamente com a atualização do Capital Segurado.

- 16.2. Os percentuais de reajuste serão aplicados de acordo com os critérios atuariais objetivos, não discriminatórios e em conformidade com a regulamentação vigente, estabelecidos nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

17. COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 17.1. Ocorrendo o Sinistro, este deverá ser comunicado imediatamente à Seguradora, sob pena da perda do direito.
- 17.2. Todos os campos do aviso de sinistro no Formulário de Aviso de Sinistro devem ser preenchidos corretamente com as informações relacionadas à localização do Segurado conforme a Apólice, além de todos os dados pertinentes ao evento que está sendo comunicado.
- 17.3. O Segurado, ou quem suas vezes fizer, deverá entregar à Seguradora, com a devida diligência, os documentos básicos e elementos necessários por ela solicitados.

- 17.3.1. Deverá ser encaminhada a documentação necessária de acordo com a cobertura do seguro, juntamente com o formulário Aviso de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado e/ou Beneficiário. Esses documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela Seguradora.
- 17.4. **Cabem, exclusivamente, à Seguradora, os procedimentos de regulação e de liquidação do sinistro, que servem respectivamente para identificar as causas e os efeitos do fato comunicado pelo interessado e quantificar em dinheiro os valores devidos pela Seguradora. A execução desses procedimentos não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento do valor do seguro por parte da Seguradora.**
- 17.5. A Seguradora poderá contratar regulador e liquidante de sinistro para desenvolver esses procedimentos em seu lugar, cabendo, porém, **exclusivamente** à Seguradora a decisão sobre a cobertura do fato e o valor da indenização, se devida, ao Segurado ou ao Beneficiário.
- 17.6. **A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura do sinistro, sob pena de decair do direito de recusá-la, contando-se esse prazo da data de apresentação do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhado de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.**
- 17.6.1. **A Seguradora ou o regulador do sinistro poderão solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los, quantas vezes se fizerem necessárias.**
- 17.6.2. Solicitados documentos complementares por pedido justificado dentro do prazo estabelecido no subitem acima, **o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por, no máximo, 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for integralmente atendida a solicitação.**
- 17.6.3. Porém, nos sinistros em que a importância segurada não exceder o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, **o prazo de manifestação sobre a cobertura só poderá ser suspenso 1 (uma) vez.**
- 17.6.4. **Para os tipos de seguro nos quais a verificação da existência de cobertura implicar maior complexidade na apuração, a Seguradora solicitará à autoridade fiscalizadora que fixe prazo superior a 30 (trinta) dias, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.**
- 17.7. A recusa de cobertura será expressa e motivada, não podendo a Seguradora inovar posteriormente o seu fundamento, **salvo quando, depois da recusa, vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.**
- 17.8. Entende-se por motivação, a indicação do fundamento legal e/ou contratual da negativa.

- 17.9. Fica ressalvado que o exercício da ampla defesa e do contraditório, previstos no artigo 5º, inciso LV, da Constituição Federal, por parte da Seguradora, não constitui, sob nenhuma hipótese, inovação.
- 17.10. O relatório de regulação e liquidação do sinistro é documento comum às partes e, negada a cobertura, no todo ou em parte, a Seguradora entregará ao interessado os documentos produzidos ou obtidos durante a regulação e a liquidação do sinistro que fundamentem sua decisão.
- 17.11. Não é considerado comum às partes toda documentação e/ou informação que contenha segredos e/ou estratégias negociais da Seguradora, capazes de comprometer seu desenvolvimento e a confidencialidade das informações sensíveis.
- 17.12. São considerados como documentos que contêm segredos de negócios aqueles que possuem informações confidenciais, não trivialmente conhecidas ou acessíveis, desenvolvidas, utilizadas ou possuídas pela Seguradora, cuja divulgação possa comprometer a integridade de seus processos decisórios e a metodologia subjacente à avaliação e gerenciamento de riscos de forma confidencial.
- 17.13. A regulação e a liquidação do sinistro serão realizadas simultaneamente, sempre que possível.

18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 18.1. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização.
- 18.1.1. **A Seguradora ou o liquidante do sinistro poderá solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado,** desde que lhe seja possível produzi-los, quantas vezes se fizerem necessárias.
- 18.1.2. Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido no subitem acima, o prazo para o pagamento da indenização suspende-se por, no máximo, 1 (uma) vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele **em que for integralmente atendida a solicitação.**
- 18.1.3. Para os tipos de seguro nos quais a liquidação dos valores devidos implicar maior complexidade na apuração, a Seguradora solicitará à autoridade fiscalizadora que fixe prazo superior ao disposto no **subitem 18.1**, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.
- 18.1.4. O valor da indenização apurada será apresentado ao Segurado ou ao Beneficiário de forma fundamentada, não podendo a Seguradora inovar posteriormente o seu fundamento, salvo quando vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.
- 18.1.5. **Fica ressalvado que o exercício da ampla defesa e do contraditório, previstos no artigo 5º, inciso LV, da Constituição Federal, por parte da Seguradora, não constitui, sob nenhuma hipótese, inovação.**
- 18.2. Em caso de descumprimento do prazo estipulado no **subitem 18.1** desta cláusula, os valores de indenização sujeitam-se à multa de 2%, além dos juros legais e da atualização monetária, pelo IPCA / IBGE (caso seja extinto, pelo INPC/IBGE), contados a partir da data de ocorrência do evento, exceto no

caso de reembolso de despesas, em que a atualização monetária será a partir da data do efetivo desembolso.

- 18.3. Em apurando **existência de sinistro coberto e de quantias parciais a pagar**, a Seguradora adiantará os respectivos valores, por conta do pagamento final, ao Segurado ou ao Beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

18.4. **Junta Médica**

18.4.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

18.4.1.1. **A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.**

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

18.4.2. **Perícia da Seguradora**

18.4.2.1. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência do sinistro nos termos destas Condições Contratuais.

18.4.2.2. O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

18.4.2.3. Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e penais cabíveis.

19. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro:

- a) Com a morte ou invalidez total e permanente do Segurado;
- b) Por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito ou verbal;
- c) Por falta de pagamento das parcelas, de acordo com os critérios estabelecidos na cláusula 14.

19.2. Além das hipóteses já elencadas, as coberturas de Morte (M), Auxílio Funeral (AUX-FUN) e Doenças Graves (DG) quando contratadas, cessarão quando o Segurado completar 75 (setenta e cinco) anos, e para cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A) cessará quando o Segurado completar 66 (sessenta e seis) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o Segurado com os direitos preservados relativos às demais coberturas, até o final de vigência da Apólice.

20. PERDA DE DIREITOS

20.1. Além dos casos previstos em Lei, a Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado, as seguintes hipóteses:

20.1.1. Provocar dolosamente o sinistro ou agir com culpa grave equiparável a dolo, ou agir de má-fé, ou procurar, por qualquer meio, obter benefícios ilícitos, quer seja por ação própria ou em conjunto com terceiros;

20.1.2. Agravar intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro:

- a) Será relevante a ação que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco aceito ou da sua severidade;
- b) Será continuado quando o ato do Segurado perdurar por minutos, horas, e ou dias, não necessitando ter sido reiterado anteriormente.

20.2. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, tão logo dele tome conhecimento, qualquer fato suscetível de agravar de maneira relevante o risco coberto:

20.2.1. Ciente do agravamento, a Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio.

- a) Se, o Segurado culposamente deixar de comunicar a Seguradora sobre agravamento relevante do risco, o Segurado fica obrigado ao pagamento da diferença do prêmio apurada;
- b) Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o Segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

20.3. Se, dolosamente deixar de tomar toda e qualquer providência que seja de sua obrigação ou que estejam ao seu inteiro alcance, no sentido de evitar, reduzir ou não agravar os prejuízos resultantes de um sinistro.

20.4. Se o Segurado ou seu corretor de seguros ou representante, dolosamente fizer declarações inexatas ou omitir informações que possam influir direta ou indiretamente no conhecimento, análise e aceitação do risco e na fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio do seguro, sem prejuízo da dívida de prêmio e

da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora.

20.4.1. Se o descumprimento do dever de informar se der de forma culposa ocorrerá a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

20.4.2. Se diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, o contrato será extinto, sem pagamento de qualquer indenização securitária ou capital segurado, sem prejuízo da obrigação do Segurado de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

20.5. Se ao tomar ciência do sinistro ou da iminência do seu acontecimento, com objetivo de evitar prejuízos à Seguradora o Segurado dolosamente deixar de adotar as medidas estabelecidas nos incisos I, II e III do art. 66 da Lei 15.040/2024, incorrerá em perda do direito à indenização securitária ou capital pactuado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

20.5.1. Se o descumprimento das medidas estabelecidas nos incisos I, II e III do art. 66 da Lei 15.040/2024 se der culposamente, culminará em perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

20.6. For omisso ou inerte quanto a entrega de documentos solicitados pela Seguradora, culminando na inconclusão do procedimento de regulação e liquidação de sinistros.

20.7. Não haverá direito à indenização securitária, sinistros cuja causa e ou enquadramento de cobertura não forem possíveis de serem apurados e ou concluídos, durante o processo de regulação e liquidação de sinistros.

21. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

21.1. A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições contratuais e as normas do Seguro.

22. PRESCRIÇÃO

22.1. Qualquer direito do Segurado, ou do Beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela Lei 15.040/2024.

23. FORO

23.1. O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será, sempre, o do

domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE (M)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos na cláusula 3. Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.**

3. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

- 3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.
- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento do Segurado.

4. CARÊNCIA

- 4.1. **A cobertura de Morte (M) estará sujeita ao período de carência de 120 (cento e vinte) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.**
- 4.2. **Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto se decorrente de suicídio voluntário, ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice do Seguro.**
- 4.3. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.
- 4.4. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.
- 4.5. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

- 5.1. Anualmente, a cada aniversário da Apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.
- 5.2. Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Morte (M), de acordo com o sexo biológico do Segurado.

Idade (anos)	Variação % Masculino	Variação % Feminino
18	Não Aplicável	Não Aplicável
19	10,81607%	3,47567%
20	8,30650%	2,10713%
21	6,08866%	1,09803%
22	4,24529%	0,45808%
23	2,73193%	0,18554%
24	1,51306%	0,19605%
25	0,65568%	0,47961%
26	0,08844%	0,97109%
27	0,00000%	1,62483%
28	0,00000%	2,38031%
29	0,00000%	3,17866%
30	0,27811%	3,97535%
31	0,82852%	4,71558%
32	1,49776%	5,43038%
33	2,24756%	6,05225%
34	3,04052%	6,59656%
35	3,86069%	7,07617%
36	4,62451%	7,47014%
37	5,36309%	7,80464%
38	6,02001%	8,08778%
39	6,60679%	8,32240%
40	7,11025%	8,51109%
41	7,54488%	8,67513%
42	7,90498%	8,80322%
43	8,21059%	8,91579%
44	8,45965%	9,01272%
45	8,67287%	9,08827%
46	8,83451%	9,16294%
47	8,96716%	9,21691%
48	9,07702%	9,27585%
49	9,16957%	9,31549%
50	9,23653%	9,35255%

Idade (anos)	Variação % Masculino	Variação % Feminino
51	9,29214%	9,38951%
52	9,34150%	9,41320%
53	9,37616%	9,44562%
54	9,40717%	9,47411%
55	9,43149%	9,49328%
56	9,45346%	9,50748%
57	9,47606%	9,53631%
58	9,48893%	9,55390%
59	9,49833%	9,55787%
60	9,50799%	9,58715%
61	9,51442%	9,58891%
62	9,52306%	9,60978%
63	9,53050%	9,60835%
64	9,52651%	9,62375%
65	9,53896%	9,63351%
66	9,53940%	9,63593%
67	9,53712%	9,65520%
68	9,53785%	9,66275%
69	9,54205%	9,67361%
70	9,54189%	9,68354%
71	9,53734%	9,68665%
72	9,52791%	9,69380%
73	9,52304%	9,70712%
74	9,52181%	9,71349%
75	9,51145%	9,71952%

- 5.3. A cobertura de Morte (M), quando contratada, cessará quando o Segurado completar 75 (setenta e cinco) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o Segurado com os direitos preservados relativos às demais coberturas, até o final de vigência da Apólice.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito nas cláusulas 17 e 18 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo:

I. Do Segurado:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do Segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;

- b) Comprovante de residência nominal ao Segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- c) CPF do Segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do Segurado.

II. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- c) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- d) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito (Ex.: Ultrassonografia, Anatomopatológico, Ressonância magnética, Ecocardiograma, Exames laboratoriais, Radiografias, entre outros);
- e) Exames de diagnósticos de doenças anteriores a contratação do seguro declaradas ou não na contratação;
- f) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- g) Prontuário médico hospitalar em caso de falecimento no hospital ou em caso de internações anteriores ao óbito;
- h) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, inclusive de doenças e tratamentos anteriores ao falecimento:

***Este documento pode ser substituído por declaração de próprio punho do médico assistente, constando todo o histórico médico do Segurado, com diagnósticos, datas e tratamentos realizados e acompanhado dos exames informados.**

III. Dos Beneficiários/herdeiros legais:

- a) CPF dos Beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- b) Na ausência de indicação de Beneficiários ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art. 1829 do Código Civil;
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos Beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- d) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item “b”).

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se

necessário);

- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários dos Beneficiários/herdeiros (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos Beneficiários/herdeiros);
- b) Termo de Autorização de crédito em favor de menor de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade, assinado pelo responsável legal ou tutor definitivo;
- c) Termo de cessão de direitos assinado por um ou mais beneficiários/herdeiros que desejem abdicar de sua cota-parte da indenização em favor de outro Beneficiário/herdeiro;
- d) Termo de Guarda / Termo de Tutela / Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, em caso de Beneficiários/herdeiros menor(es) de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, e da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado na cobertura de Morte (M) 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e Proposta de Contratação.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos definidos na cláusula 3. Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Morte Acidental (MA) os eventos decorrentes de:
 - a) Intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, exceto quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico), em decorrência de acidente coberto.

3. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

- 3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.
- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

4. CARÊNCIA

- 4.1. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto se decorrente de suicídio voluntário, ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice do Seguro.
- 4.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.
- 4.3. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.
- 4.4. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

- 5.1. O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Morte Acidental (MA).

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito nas cláusulas 17 e 18 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo:

I. Do Segurado:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do Segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
- b) Comprovante de residência nominal ao Segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- c) CPF do Segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do Segurado.

II. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de ocorrência da data do evento;
- b) Certidão de Óbito;
- c) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de evento ocorrido dentro da empresa ou durante trajeto para trabalho x residência e vice-versa;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- e) Croqui do local do acidente;
- f) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- g) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- h) Exame de Dosagem Alcoólica (IML) em caso do Segurado ser o condutor do veículo. Na ausência deste documento, enviar Declaração de órgão Policial ou IML, informando o motivo da não realização do exame;
- i) Exame Toxicológico (IML) em caso do Segurado ser o condutor do veículo. Na ausência deste documento, enviar Declaração de órgão Policial ou IML, informando o motivo da não realização do exame;
- j) Laudo de Necropsia ou Cadavérico (IML);

- k) Prontuário médico hospitalar em caso do Segurado ter sido socorrido;
- l) Peças de Inquérito Policial, em caso de morte suspeita;
- m) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- n) Termo de reconhecimento do cadáver, nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima.

III. Dos Beneficiários/herdeiros legais:

- a) CPF dos Beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- b) Na ausência de indicação de Beneficiários ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art. 1829 do Código Civil;
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos Beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- d) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item “b”).

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários dos Beneficiários/herdeiros (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos Beneficiários/herdeiros);
- b) Termo de Autorização de crédito em favor de menor de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade, assinado pelo responsável legal ou tutor definitivo;
- c) Termo de cessão de direitos assinado por um ou mais Beneficiários/herdeiros que desejem abdicar de sua cota-parte da indenização em favor de outro Beneficiário/herdeiro;
- d) Termo de Guarda / Termo de Tutela / Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, em caso de Beneficiários/herdeiros menor(es) de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, e da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado na cobertura de Morte Acidental (MA) 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico definitivo de qualquer uma das doenças graves devidamente especificadas abaixo, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.**
- 1.2. A cobertura de Doenças Graves (DG) se extingue com o pagamento de 100% do Capital Segurado referente ao diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nas Condições Especiais da cobertura.
- 1.3. Para efeito dessa cobertura, serão consideradas “Doenças Graves”, exclusivamente os eventos abaixo:
 - a) **Câncer:** doença que se manifesta pela presença de um tumor caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.
Essa patologia será classificada em 3 (três) níveis:
 - I. **Câncer Leve:**
 - Tumores cerebrais benignos;
 - Carcinoma in situ;
 - Câncer de próstata nos estádios primários (abaixo de B0 pela classificação de Jewett e abaixo de T1c pela classificação TNM);
 - Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (com profundidade menor do que 1,5 mm, segundo a classificação Breslow).
 - II. **Câncer Moderado:**
 - T1-3 | NX | MX;
 - T1-3 | N0 | M0;
 - Estádio I da doença
 - III. **Câncer Grave:**
 - T4 | N qualquer | M qualquer;
 - T qualquer | N1 | M0;
 - T qualquer | N qualquer | M1;
 - A partir do estágio II da doença;
 - Linfoma não Hodgkin;
 - Leucemia.

- b) **Acidente Vascular Cerebral Agudo:** doença caracterizada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio da fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser confirmado por médico especialista e feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro ou ressonância magnética. Os sintomas clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico.
- c) **Infarto Agudo do Miocárdio:** é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de:
- história de dores torácicas típicas;
 - alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q);
 - elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).
- d) **Doença de Alzheimer:** deterioração da capacidade intelectual ou comportamento anormal, apresentado pelo estado clínico e aos questionários padronizados a respeito da doença de Alzheimer, ou de alterações orgânicas irreversíveis, excluindo neurose e doenças psiquiátricas que resultam na diminuição importante do funcionamento social e que requer supervisão contínua do Segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado clinicamente por médico especialista.
- e) **Perda da Visão:** ocorrência de cegueira legal bilateral decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual ou inferior a 20 graus no melhor olho. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.
- f) **Paralisia de Membros:** perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia triplegia, tetraplegia) como resultado de acidente ou doença. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.
- g) **Parkinson:** doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários), sendo diagnosticadas alterações motoras, de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.
- h) **Esclerose Múltipla:** doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo

a alimentação e higiene. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses ou deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com um intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles, ou, ainda, um episódio, clinicamente documentado, com manifestações características no fluído cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética.

- i) **Osteomielite:** doença infecciosa aguda ou crônica do osso, causada por agentes bacterianos que invadem e destroem o osso.
- j) **Embolia Pulmonar:** é o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões. Considera-se como risco coberto a embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.
- k) **Coma por Traumatismo Craniano:** diagnóstico inequívoco de coma, exclusivamente decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto, que se caracteriza por estado de inconsciência em que não há resposta a estímulos externos ou internos e que:
 - Resulta em uma pontuação de 8 ou menos na escala de coma de Glasgow por pelo menos 96 horas.
 - Requer o uso de equipamentos médicos de suporte à vida.
 - Resulta em déficit neurológico persistente que pode ser verificado após 30 (trinta) dias ou mais do início do coma.
 - A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista.
- l) **Doença do Neurônio Motor:** doenças do neurônio motor caracterizado pela degeneração progressiva das vias corticoespinhais e células do corno anterior ou neurônios eferentes bulbares que incluem atrofia muscular espinhal, paralisia bulbar progressiva, esclerose lateral amiotrófica e esclerose lateral primária.
 - A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e dar por resultado um déficit neurológico permanente durante um período contínuo de pelo menos 3 meses.
- m) **Hepatite Aguda Fulminante:** necrose massiva ou submassiva (morte do tecido hepático) causada por vírus da hepatite, confirmada por um hepatologista ou gastroenterologista e evidenciada pelos seguintes critérios:
 - Curso sorológico típico de hepatite viral aguda;
 - Diminuição rápida do tamanho do fígado confirmada por USG abdominal;
 - Piora rápida dos testes de função hepática;
 - Icterícia acentuada;
 - Desenvolvimento de encefalopatia hepática;
 - Aumento dos níveis de bilirrubina;

- Distúrbio de coagulação com INR (Índice Internacional Normalizado) maior que 1,5;
- Desenvolvimento de insuficiência hepática em até 7 (sete) dias após o início dos sintomas;
- Ausência de histórico conhecido de doença hepática que possa ter causado o problema anterior.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos definidos na cláusula 3. Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Doenças Graves (DG) os eventos decorrentes de:

- a) Câncer:
 - I. Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
 - II. Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
 - III. Câncer existente antes do início da vigência da cobertura;
 - IV. Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno.
- b) Acidente Vascular Cerebral Agudo:
 - I. Ataque Isquêmico Transitório e deficiências neurológicas isquêmicas;
 - II. Hemorragia cerebral causada por acidentes;
 - III. Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
 - IV. Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
 - V. Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.
- c) Infarto Agudo do Miocárdio:
 - I. Angina do peito incluindo angina estável e instável;
 - II. Angina decúbito;
 - III. Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da
 - IV. troponina "I" ou "T";
 - V. Outras síndromes coronarianas agudas.
- d) Doença de Alzheimer:
 - I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a outros tipos de demência.
- e) Perda da Visão:
 - I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - Doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual;
 - Cegueira de origem central (sistema nervoso central).
- f) Paralisia de Membros:
 - I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;
 - Paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;
 - A perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).
- g) Parkinson:
 - I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - Doença ou Mal de Parkinson decorrente de uso crônico de medicamentos;
 - Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante - Doença ou Mal de Parkinson;
 - Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;
 - Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo.
- h) Esclerose Múltipla:
 - I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- Doença na fase inicial ou em remissão (sem sintomas).
- i) Osteomielite:
 - I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - Osteomielite diagnosticada antes a contratação do seguro, bem como as osteomielites ocorridas dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.
- j) Embolia Pulmonar:
 - I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - Embolia Pulmonar diagnosticada antes a contratação do seguro, bem como a Embolia Pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.
- k) Coma por Traumatismo Craniano:
 - Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - I. Coma medicamente induzido;
 - II. Qualquer coma não decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto;
 - III. Diagnóstico de morte cerebral.
- l) Hepatite Aguda Fulminante:
 - I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - Todas as outras causas não virais de insuficiência hepática aguda.

3. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

- 3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.
- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico definitivo da Doença Grave coberta, comprovado por resultado de exame anatomopatológico ou de qualquer outro exame complementar específico.
- 3.4. Após o diagnóstico de um dos eventos cobertos por este seguro, a Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

Risco Coberto		% de Indenização
Câncer	Leve	30%
	Moderado	50%
	Grave	100%
Acidente Vascular Cerebral Agudo		100%
Coma por Traumatismo Craniano		100%
Doença de Alzheimer		100%
Doença do Neurônio Motor		100%
Embolia Pulmonar		100%
Esclerose Múltipla		100%
Hepatite Aguda Fulminante		100%
Infarto Agudo do Miocárdio		100%

Risco Coberto	% de Indenização
Osteomielite	100%
Paralisia de Membros	100%
Parkinson	100%
Perda da Visão	100%

- 3.5. O Capital Segurado não será reintegrado após a ocorrência de cada sinistro. Ou seja, uma vez diagnosticado com um câncer leve, o Segurado receberá 30% sobre o Capital Segurado e restará apenas 70% do Capital Segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, uma vez que o câncer evolua para um câncer moderado, o Segurado receberá mais 50% do Capital Segurado, adicionalmente aos 30% do Capital Segurado já recebido no diagnóstico do câncer leve, restando apenas 20% do Capital Segurado para os futuros eventos. Por outro lado, uma vez que o primeiro diagnóstico seja de um câncer moderado, o Segurado recebe apenas 50% do Capital Segurado, restando mais 50% do Capital Segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, se o primeiro diagnóstico for de um câncer grave ou qualquer outro evento coberto, o Segurado recebe 100% do Capital Segurado e a cobertura do Segurado é encerrada.
- 3.6. O valor integral do prêmio continuará a ser cobrado pela Seguradora até que o Segurado receba 100% do Capital Segurado.
- 3.7. No caso de dois ou mais diagnósticos em um mesmo evento, a soma dos percentuais correspondentes não poderá exceder 100%.
- 3.8. Em caso de diagnóstico de doença grave seguida de morte do Segurado sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da Indenização, o valor desta será pago de acordo com a cláusula 10. Beneficiários constante nas Condições Gerais.

4. CARÊNCIA

- 4.1. A cobertura de Doenças Graves (DG) estará sujeita ao período de carência de 120 (cento e vinte) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.
- 4.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.
- 4.3. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.
- 4.4. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

- 5.1. Anualmente, a cada aniversário da Apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

- 5.2. Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada anualmente sobre a taxa vigente para a cobertura de Doenças Graves (DG), de acordo com o sexo biológico do Segurado.

Idade (anos)	Variação % Masculino	Variação % Feminino
19 a 75	5,91770%	6,07107%

- 5.3. A cobertura de Doenças Graves (DG), quando contratada, cessará quando o Segurado completar 75 (setenta e cinco) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o Segurado com os direitos preservados relativos às demais coberturas, até o final de vigência da Apólice.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 6.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito nas cláusulas 17 e 18 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo:

I. Do Segurado:

- Comprovante de residência nominal ao Segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- CPF do Segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Documentação Médica:

- Prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o Segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:
 - Evolução médica diária (no caso de internação);
 - Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
 - Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
 - Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
 - Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.
- Laudos de exames realizados, que comprovem a data do diagnóstico da doença, início de investigação clínica, incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis;
- Extrato de utilização do plano de saúde dos últimos 3 (três) anos, que demonstre o histórico de atendimentos, consultas, exames e procedimentos realizados pelo Segurado.

III. Haverá necessidade de documentação específica mínima, exclusivamente para as doenças listadas abaixo:

I. Câncer:

- a) Laudo médico com diagnóstico do câncer, firmado por médico oncologista, contendo o carimbo com o CRM do médico assistente, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia, data do primeiro diagnóstico e o tipo histológico; e
- b) Resultado da biópsia ou outro exame complementar que evidenciou a doença maligna.

II. Acidente Vascular Cerebral:

- a) Laudo médico, firmado por médico neurologista, diagnosticando o acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a sequela decorrente; e
- b) Exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

III. Infarto Agudo do Miocárdio:

- a) Laudo médico, firmado por médico cardiologista;
- b) Exames de enzimas cardíacas;
- c) Laudo de cateterismos cardíaco; e
- d) Eletrocardiogramas recentes.

IV. Doença de Alzheimer:

- a) Laudo do neurologista, firmado por médico de especialidade neurológica, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado e se o mesmo já possui indicação para o termo de curatela; e
- b) Exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

V. Perda da Visão:

- a) Laudo do oftalmologista assistente informando a acuidade visual do Segurado com a melhor correção possível e a medida do campo visual (campimetria).

VI. Paralisia de Membros:

- a) Laudo do neurologista assistente comprovando a plegia de dois ou mais membros, sua etiologia e a data da sua caracterização.

VII. Doença de Parkinson:

- a) Laudo do neurologista ou geriatra firmado por médico de especialidade neurológica ou geriatria, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado; e
- b) Laudo do exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

VIII. Esclerose Múltipla:

- a) Laudo do neurologista ou do clínico geral comprovando a etiologia e a data da sua caracterização, e prognóstico; e
- b) Laudo da Ressonância magnética do cérebro.

IX. Osteomielite:

- a) Exames de radiografia, tomografia ou ressonância mostrando lesão óssea compatível com osteomielite;

- b) Biópsia de fragmento ósseo e cultura mostrando a presença de bactérias.

X. Coma por Traumatismo Craniano:

- a) Laudo médico, firmado por médico neurologista, confirmando o diagnóstico de coma profundo, a data do traumatismo craniano, e o prognóstico.

XI. Doença do Neurônio Motor:

- a) Laudo do neurologista comprovando a etiologia e a data da sua caracterização, e prognóstico; e
- b) Laudos da ressonância magnética do cérebro, e de exames de eletromiografia.

XII. Hepatite Aguda Fulminante:

- a) Laudo do médico clínico geral ou de gastroenterologia, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do Segurado, e prognóstico; e
- b) Exames de sangue (hemograma completo, TGO, TGP, Alanina transaminases,
- c) Albumina e Fosfatase alcalina; e
- d) Exames Bilirrubina total e frações, Gama-glutamil transpeptidase, Desidrogenase
- e) Láctica, 5'-nucleotidase, Sorologia viral e Medição de TP/INR).

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do Segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do Segurado).

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, e da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado na cobertura de Doenças Graves (DG) 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 1.12)**, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico realizado de forma presencial e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Proposta de Contratação.**
- 1.2. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.
- 1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.
- 1.4. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).
- 1.5. Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.
- 1.6. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado nesta Cobertura.
- 1.7. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para sua perda total.
- 1.8. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.
- 1.9. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por

acidente.

- 1.10. As indenizações previstas para as coberturas de Morte (M) e/ou Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, das indenizações para as coberturas Morte (M) e/ou Morte Acidental (MA) serão deduzidas a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.
- 1.11. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.
- 1.12. Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente:

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
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
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Perda funcional total de um braço	50
	Perda funcional total de um antebraço	30
	Perda funcional total de um ombro	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 indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	

PARCIAL 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
	Perda funcional do segmento da perna	25
	Perda funcional do joelho	20
	Perda funcional de um dos pés	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	

DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	- Em grau mínimo	5
	- Em grau médio	10
	- Em grau máximo	20
	NARIZ	
	- Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	- Perda total do olfato	7
	- Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	- Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	- Unilateral	7
	- Unilateral com fístulas	15
	- Bilateral	14
	- Bilateral com fístulas	25
	- Unilateral	7
	Lesões da pálpebra	
	- Ectrópio unilateral	3
	- Ectrópio bilateral	6
	- Entrópio unilateral	7
	- Entrópio bilateral	14
	- Má oclusão palpebral unilateral	3
	- Má oclusão palpebral bilateral	6
	- Ptose palpebral unilateral	5
	- Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	- Perda da Palavra (mudez incurável)	50
	- Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	- Amputação total de uma orelha	8
	- Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	
		15
	APARELHO URINÁRIO	
	- Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	- Cistostomia (definitiva)	30
	- Incontinência urinária permanente	30
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	- Com função renal preservada	30
	- Redução da função renal (não dialítica)	50
	- Redução da função renal (dialítica)	75
	- Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	- Perda de um testículo	5
	- Perda de dois testículos	15
	- Amputação traumática do pênis	40
	- Perda de um ovário	5
	- Perda de dois ovários	15

- Perda do útero antes da menopausa	30
- Perda do útero depois da menopausa	10
PESCOÇO	
- Estenose da faringe com obstáculo e deglutição	15
- Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
- Traquesostomia definitiva	40
TÓRAX	
Aparelho Respiratório	
- Sequelas pós-traumática pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
- com função respiratória preservada	15
- com redução em grau mínimo da função respiratória	25
- com redução em grau médio da função respiratória	50
- com insuficiência respiratória	75
MAMAS (FEMININAS)	
- Mastectomia unilateral	10
- Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
- Gastrectomia subtotal	20
- Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
- Ressecção parcial	20
- Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
INTESTINO GROSSO	
- Colectomia parcial	20
- Colectomia total	40
- Colostomia definitiva	40
RETO E ÂNUS	
- Incontinência fecal sem prolapso	30
- Incontinência fecal com prolapso	50
- Retenção anal	10
FÍGADO	
- Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
- Lobectomia com insuficiência hepática	50
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
- Epilepsia pós-traumática	20
- Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
- Síndrome pós-concussional	5

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos na cláusula 3. Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

- 3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.
- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a

forma de parcela única.

- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

4. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

- 4.1. O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

5. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 7.3. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito nas cláusulas 17 e 18 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo:

I. Do Segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao Segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
- b) CPF do Segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do Segurado.

II. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de ocorrência da data do evento, com a descrição do acidente;
- b) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de evento ocorrido dentro da empresa ou durante trajeto para trabalho x residência e vice-versa;
- c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- d) Croqui do local do Acidente;
- e) Declaração de atendimento/resgate do SAMU, ou órgão responsável pelo socorro da vítima;
- f) Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Exames de diagnóstico e imagem, que evidenciem a sequela deixada pelo acidente (data do evento e atual). Ex.: Radiografias, Ressonância magnética, Tomografia, Eletroencefalografia, entre outros;
- h) Laudo emitido por médico especialista Fisioterapeuta/Ortopedista, esclarecendo a quantidade de sessões propostas para tratamento e recuperação, bem como informando a perda funcional (em %) do membro(s) afetado(s) e após esgotados todos os recursos médicos/terapêuticos/cirúrgicos;
- i) Prontuário hospitalar completo do atendimento inicial, bem como de todos os atendimentos e tratamentos realizados, como cirurgias/internações devidamente emitido pelo hospital

que foi atendido/socorrido/tratado;

- j) Relatório médico realizado através de consulta presencial devidamente preenchido/declarado, assinado e carimbado pelo médico assistente (responsável pelo tratamento e acompanhamento da lesão), detalhando a natureza a lesão e o grau definitivo de invalidez (em %) por membro(s) afetado(s) e após a alta médica definitiva e com a confirmação se todos os tratamentos médicos disponíveis para recuperação da sequela foram esgotados;
- k) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

Nota:

- a) Não serão aceitos laudos/relatórios emitidos por teleconsulta/perícia, nem tampouco, documentos de médicos que não seja o responsável pelo atendimento/tratamento/acompanhamento do Segurado;
- b) Em caso de tratamento conservador (sem cirurgia ou outros tratamentos), médico assistente deve esclarecer e fundamentar a caracterização da sequela definitiva.

III. Para indenização:

- a) Dados bancários do Segurado (com nome do banco, nº de agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco nacional e de titularidade do Segurado);
- b) Em caso de o Segurado em decorrência da lesão sofrida ser considerado incapaz e com perda cognitiva que o impeça de exercer atos da vida civil:
 - Termo de Curatela/Termo de Interdição judicial definitivos e/ou Alvará Judicial com informação expressa de pagamento da indenização em favor do Segurado/curador
 - Termo de autorização de crédito em favor do Segurado/curador
 - Comprovante de residência nominal ao tutor (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
 - CPF do tutor (em caso de não constar em outro documento de identificação);
 - Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do tutor.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, e da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado na cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Desde que contratada, garante ao Segurado, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas para seu tratamento em decorrência de acidente pessoal coberto, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, até o valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, desde que o tratamento se inicie em até 30 (trinta) dias contados da data do acidente, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.**
- 1.2. **As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.**
- 1.3. O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.
- 1.4. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- 1.5. A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.
- 1.6. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado a tanto se negue.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos definidos na cláusula 3. Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO) as despesas decorrentes de:
 - a) Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
 - b) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
 - c) Sinistro cuja causa e ou enquadramento, em uma ou mais coberturas, não for possível de ser apurado e ou concluído pela Seguradora, em que persista dúvida razoável e justificada, durante o prazo do processo de regulação e liquidação de sinistro, seja a que título for.

3. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

- 3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice

do Seguro.

- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 4.1. Esta cobertura, em caso de sinistro, reintegrará automaticamente o Capital Segurado, somente para novas ocorrências de acidentes pessoais com o Segurado, durante a vigência do Seguro, sem cobrança de prêmio adicional.

5. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

- 5.1. O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Despesas Médico, Hospitalares e Odontológicas (DMHO).

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 6.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito nas cláusulas 17 e 18 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo:

I. Do Segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao Segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do Segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do Segurado.

II. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão do Registro da Ocorrência Policial (B.O.);
- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- d) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- e) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza do atendimento, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados;

- f) Formulário da Seguradora para solicitação de reembolso, devidamente preenchido e assinado;
- g) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores em que deve constar o nome do Segurado e nome do responsável pelo pagamento das despesas juntamente com os pedidos médicos dos procedimentos realizados. Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal original o procedimento realizado conforme tabela da A.M.B.;
- h) Prescrição médica com solicitações de exames e/ou procedimentos;
- i) Prescrição médica de medicamentos;
- j) Prontuário hospitalar com histórico de cirurgia;
- k) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

III. Para indenização:

- a) Dados bancários do Segurado e/ou tomador constante da Nota Fiscal e/ou Recibo (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- b) Termo de anuência/cessão de direitos quando o pagamento não for para o tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo;
- c) Dados bancários do Segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- d) Comprovante de residência nominal ao tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- e) CPF do tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- f) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, e da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado na cobertura de Despesas Médico, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT-A)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Desde que contratada, essa cobertura tem como objetivo o pagamento ao Segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente, **por período temporário, de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de acidente pessoal coberto**, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidos na Apólice, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.
- 1.2. Essa cobertura tem como objetivo apoiar o Segurado que exerça atividade profissional. Caso seja comprovada a má-fé do Segurado na prestação das informações necessárias à contratação do seguro, este perderá o direito à indenização da cobertura contratada, conforme disposto na Lei nº 15.040/2024 (Lei do Contrato de Seguro).
- 1.3. O número de diárias a ser indenizado será determinado em função da necessidade comprovada de afastamento temporário do Segurado de suas atividades profissionais, acompanhada de relatório do médico assistente do Segurado, observados o limite máximo de diárias, o período de carência e a franquia determinadas para o plano.
 - 1.3.1. Será dispensado o cumprimento do período de franquia, caso o Segurado voltar a se afastar em decorrência de um mesmo acidente já indenizado dentro do prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data da alta médica do afastamento anterior e, desde que, o sinistro tenha sido coberto pelo seguro. Caso o sinistro anterior tenha sido negado por falta de cumprimento da franquia, não será adotada a isenção de franquia no sinistro vinculado.
- 1.4. O limite máximo de diárias indenizáveis será de acordo com a quantidade descrita na Apólice para todas as incapacidades decorrentes do mesmo acidente, independentemente de renovação do contrato. **A quantidade de diárias indenizadas decorrente de um acidente não pode ser superior ao número de diárias contratadas na Apólice, caso haja novo afastamento pela mesma causa já indenizada, ainda que seja em períodos diferentes de vigência (endosso de reenquadramento e/ou renovação da Apólice).**
 - 1.4.1. A reintegração do Capital Segurado somente se dará para incapacidades decorrentes de outros eventos não reclamados, isto é, de diferentes acidentes.
- 1.5. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária vigente no contrato de seguro na data do afastamento, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, descontando-se o período de franquia.
 - 1.5.1. O valor da diária para cálculo da indenização é aquele constante da Apólice na data do evento, e devidamente comprovado pelos documentos indicados na cláusula 8.

Ocorrência de Sinistro previsto destas Condições Especiais.

- 1.6. **As indenizações de diária por incapacidade temporária não se acumulam em razão de mais de um afastamento ao mesmo tempo.** No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, o Segurado somente terá direito a uma diária de indenização por dia afastado.
- 1.7. **A Seguradora poderá indicar perícia médica para os casos em que não haja determinação da quantidade de diárias necessárias para retorno às atividades profissionais ou em caso de dúvida e/ou discordância da quantidade apontada pelo médico assistente do Segurado, sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado se negue a submeter-se à perícia.**
- 1.8. Caso o Segurado venha a falecer, seja por morte acidental, seja por morte natural, ou ainda, ficar inválido permanentemente e/ou aposentado por invalidez, será extinta, imediatamente, a presente cobertura, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir do dia seguinte à caracterização de uma dessas situações.
- 1.9. **O Segurado deverá comunicar à Seguradora, sempre que ocorrer mudança da ocupação que represente mudança do risco. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do pedido alteração, informará sobre a aceitação, recálculo do valor do seguro por meio de endosso ou exclusão da cobertura, de acordo com a política de aceitação.**
- 1.10. **A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A) cessará quando o Segurado completar 66 (sessenta e seis) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o Segurado com os direitos preservados relativos às demais coberturas, até o final de vigência da Apólice.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos definidos na cláusula 3. Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura Diária por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A):
 - a) Estados de convalescença (após a alta médica);
 - b) Hospitalizações para check-up;
 - c) Procedimentos não previstos no Código brasileiro de Ética médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de fiscalização de medicina e farmácia;
 - d) Lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, 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;

- e) Luxações recidivantes de qualquer articulação;
- f) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- g) Quaisquer tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética, incluindo, mas não se limitando para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências, cirurgias plásticas redutoras de qualquer espécie e as demais para colocação, retirada ou reposição de qualquer prótese;
- h) Tratamento de lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes ou envenenamentos coletivos;
- i) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias, cervicalgias e cervicobraquialgias, sacralgias e outros quadros degenerativos;
- j) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não), incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de características degenerativa, síndrome do impacto, lesões de supra espinhais, luxações recidivantes de qualquer articulação, exceto após tratamento cirúrgico;
- k) Afastamentos por período inferior ao de franquia, mesmo que o afastamento seja decorrente de evento coberto;
- l) Hérnia, todas, exceto após tratamento cirúrgico ou quando decorrente de acidente pessoal coberto;
- m) Sinistro cuja causa e ou enquadramento, em uma ou mais coberturas, não for possível de ser apurado e ou concluído pela Seguradora, em que persista dúvida razoável e justificada, durante o prazo do processo de regulação e liquidação de sinistro, seja a que título for.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 3.1. A cobertura por incapacidade temporária é válida somente para diagnóstico em território brasileiro.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

- 4.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.
- 4.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 4.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do afastamento.
- 4.4. Caso o Segurado volte a se afastar pelo mesmo acidente e o sinistro seja tratado como vinculado à ocorrência anterior, considera-se para determinação do Capital Segurado o valor da diária do

primeiro afastamento.

5. CARÊNCIA

- 5.1. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto se decorrente de suicídio voluntário, ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice do seguro.
- 5.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.
- 5.3. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.
- 5.4. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

6. FRANQUIA

- 6.1. A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A) estará sujeita ao período de franquia de 15 (quinze) dias, assim a indenização somente será devida a partir do 16º dia de afastamento.

7. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

- 7.1. O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A).

8. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 8.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito nas cláusulas 17 e 18 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo:

I. Do Segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao Segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do Segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado;
- d) Declaração de Imposto de Renda;
- e) Extrato bancário dos últimos 3 a 6 meses;
- f) Recibos de pagamentos de autônomo (RPA).

II. Do evento/ocorrência:

- a) Atestados emitidos pelo médico assistente informando o período de afastamento;

- b) Carta de Concessão do INSS (afastamento);
- c) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza do afastamento, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem informações do período de afastamento;
- d) Exames médicos comprobatórios da lesão;
- e) Declaração de aviso para concessão ou prorrogação do benefício de afastamento – Segurado;
- f) Declaração de aviso para concessão ou prorrogação do benefício – Médico assistente;
- g) Relatório Médico informando diagnóstico, evolução e o tratamento;
- h) Relatório médico, atestando a causa e o período do afastamento;
- i) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da Seguradora;
- j) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- k) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- l) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- m) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

III. Para indenização:

- a) Dados bancários do Segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do Segurado).

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, e da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado na cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A) 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - AUXÍLIO FUNERAL (AUX-FUN)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Desde que contratada, essa cobertura tem como objetivo garantir o reembolso dos gastos funerários até o limite da cobertura contratada, caso venha a ocorrer a morte do Segurado, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas das Condições Gerais e da Proposta de Contratação.**
- 1.2. O pagamento de reembolso de despesas com funeral não caracteriza o direito à cobertura de Morte (M) e/ou Morte Acidental (MA) como risco coberto pelo seguro. As indenizações das coberturas de Morte (M) e/ou Morte Acidental (MA) estarão sujeitas a análise da documentação e demais circunstâncias da ocorrência do sinistro, respeitadas as demais cláusulas das Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos na cláusula 3. Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 3.1. Essa cobertura cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do Brasil.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

- 4.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.
- 4.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 4.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data da morte do Segurado.

5. CARÊNCIA

- 5.1. A cobertura de Auxílio Funeral (AUX-FUN) estará sujeita ao período de carência de 120 (cento e vinte) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.
- 5.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto se decorrente de suicídio voluntário, ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice do seguro.

- 5.3. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.
- 5.4. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.
- 5.5. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

6. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

- 6.1. Anualmente, a cada aniversário da Apólice ocorrerá o reajuste da taxa em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.
- 6.2. Os valores indicados abaixo correspondem à variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Auxílio Funeral (AUX-FUN), de acordo com o sexo biológico do Segurado.

Idade (anos)	Variação % Masculino	Variação % Feminino
18	Não Aplicável	Não Aplicável
19	10,81607%	3,47567%
20	8,30650%	2,10713%
21	6,08866%	1,09803%
22	4,24529%	0,45808%
23	2,73193%	0,18554%
24	1,51306%	0,19605%
25	0,65568%	0,47961%
26	0,08844%	0,97109%
27	0,00000%	1,62483%
28	0,00000%	2,38031%
29	0,00000%	3,17866%
30	0,27811%	3,97535%
31	0,82852%	4,71558%
32	1,49776%	5,43038%
33	2,24756%	6,05225%
34	3,04052%	6,59656%
35	3,86069%	7,07617%
36	4,62451%	7,47014%
37	5,36309%	7,80464%
38	6,02001%	8,08778%
39	6,60679%	8,32240%
40	7,11025%	8,51109%
41	7,54488%	8,67513%
42	7,90498%	8,80322%
43	8,21059%	8,91579%
44	8,45965%	9,01272%
45	8,67287%	9,08827%

Idade (anos)	Variação % Masculino	Variação % Feminino
46	8,83451%	9,16294%
47	8,96716%	9,21691%
48	9,07702%	9,27585%
49	9,16957%	9,31549%
50	9,23653%	9,35255%
51	9,29214%	9,38951%
52	9,34150%	9,41320%
53	9,37616%	9,44562%
54	9,40717%	9,47411%
55	9,43149%	9,49328%
56	9,45346%	9,50748%
57	9,47606%	9,53631%
58	9,48893%	9,55390%
59	9,49833%	9,55787%
60	9,50799%	9,58715%
61	9,51442%	9,58891%
62	9,52306%	9,60978%
63	9,53050%	9,60835%
64	9,52651%	9,62375%
65	9,53896%	9,63351%
66	9,53940%	9,63593%
67	9,53712%	9,65520%
68	9,53785%	9,66275%
69	9,54205%	9,67361%
70	9,54189%	9,68354%
71	9,53734%	9,68665%
72	9,52791%	9,69380%
73	9,52304%	9,70712%
74	9,52181%	9,71349%
75	9,51145%	9,71952%

- 6.3. A cobertura de Auxílio Funeral (AUX-FUN), quando contratada, cessará quando o Segurado completar 75 (setenta e cinco) anos. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na renovação do seguro, permanecendo o Segurado com os direitos preservados relativos às demais coberturas, até o final de vigência da Apólice.

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 7.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito nas cláusulas 17 e 18 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo:

I. Do Segurado:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do Segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
- b) Comprovante de residência nominal ao Segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- c) CPF do Segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do Segurado.

II. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- c) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- d) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito (Ex.: Ultrassonografia, Anatomopatológico, Ressonância magnética, Ecocardiograma, Exames laboratoriais, Radiografias, entre outros);
- e) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- f) Prontuário médico hospitalar em caso de falecimento no hospital ou em caso de internações anteriores ao óbito;
- g) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, inclusive de doenças e tratamentos anteriores ao falecimento:
***Este documento pode ser substituído por declaração de próprio punho do médico assistente, constando todo o histórico médico do Segurado, com diagnósticos, datas e tratamentos realizados e acompanhado dos exames informados.**
- h) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas.

III. Dos Beneficiários/herdeiros legais:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do Segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
- b) CPF dos Beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Na ausência de indicação de Beneficiários ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de

herdeiros legais, seguindo o Art. 1829 do Código Civil;

- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos Beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- e) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art.
- f) 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item “c”).

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários dos Beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) Beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos Beneficiários/herdeiros);
- b) Termo de Autorização de crédito em favor de menor de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade, assinado pelo responsável legal ou tutor definitivo;
- c) Termo de cessão de direitos assinado por um ou mais Beneficiários/herdeiros que desejem abdicar de sua cota-parte da indenização em favor de outro Beneficiário/herdeiro;
- d) Termo de Guarda / Termo de Tutela / Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, em caso de Beneficiários/herdeiros menor(es) de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 8.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, e da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado na cobertura de Auxílio Funeral (AUX-FUN) 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.