



# Condições Gerais e Especiais

Youse | Seguro Vida

**Processo Susep** 15414.900040/2016-34

**Versão** Agosto / 2021

## CONDIÇÕES GERAIS PLANO DE SEGURO DE PESSOAS INDIVIDUAL - VIDA

### 1. OBJETIVO

- 1.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir, de acordo com a(s) Cobertura(s) contratada(s), indicada(s) na Proposta de Contratação e na Apólice, o pagamento de uma Indenização ao Segurado Principal ou a seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de Evento Coberto pela(s) Cobertura(s) contratada(s), durante o período de vigência da apólice e mediante o pagamento do prêmio correspondente, **desde que respeitado o disposto nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais, demais Condições Contratuais e legais aplicáveis, exceto se decorrente de Riscos Excluídos.**

### 2. DEFINIÇÕES

Para melhor compreensão dos termos utilizados neste contrato, inclui-se uma relação com os principais termos técnicos mais utilizados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais:

- 2.1. **Aceitação:** Ato de aprovação, pela Seguradora, de proposta a ela submetida para a contratação de seguro.
- 2.2. **Acidente Pessoal:** O evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial, do Segurado e/ou do(s) Segurado(s) Dependentes(s), quando incluídos, ou que torne necessário tratamento médico observando-se que:
- 2.2.1. **Incluem-se nesse conceito:**
- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de Indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
  - b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
  - c) acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
  - d) acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

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

**2.2.2. Excluem-se desse conceito:**

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamento, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

2.3. **Agravamento de Risco:** Circunstâncias que aumentam a probabilidade de ocorrência do risco assumido pela Seguradora.

2.4. **Âmbito Geográfico:** Termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou da apólice; extensão na qual o seguro ou a cobertura é válido.

2.5. **Apólice:** Documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade seguradora e do segurado e discriminando as garantias contratadas.

2.6. **Ato Ilícito:** Ação ou omissão voluntária, por negligência, por imprudência ou por imperícia que viole o direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

2.7. **Aviso de Sinistro:** Comunicação específica de um sinistro, que o Segurado, seu representante legal ou Beneficiário são obrigados a fazer à Seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da

ocorrência do Evento Coberto, devendo ser realizada imediatamente após a ocorrência do sinistro.

- 2.8. **Beneficiário:** Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos Capitais Segurados, na hipótese de ocorrência do Sinistro.
- 2.9. **Boa-Fé:** No contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que tem o segurado e a Seguradora, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios, e convictos de que agem em conformidade com a lei.
- 2.10. **Cancelamento da Apólice:** Ato pelo qual a apólice será cancelada antes da data prevista para término de sua vigência.
- 2.11. **Capital Segurado:** Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago por esta Seguradora na ocorrência do sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento. Nenhuma Indenização poderá ser superior ao Capital Segurado. Os Capitais Segurados do componente dependente, quando for possível sua inclusão no seguro, em quaisquer coberturas, não podem ser superiores ao do Segurado principal.
- 2.12. **Carência:** Período de tempo ininterrupto, contado a partir do início de vigência da apólice ou do aumento do capital segurado, durante o qual, mesmo tendo sido pagos os prêmios, o Segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento da Indenização ou à diferença relativa ao aumento do capital segurado contratado na ocorrência do sinistro. A carência abrangerá exclusivamente as Coberturas não relacionadas a Acidente Pessoal, uma vez que para estas não há carência.
- 2.13. **Carregamento:** Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização do seguro.
- 2.14. **Coberturas de Risco:** Coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada.
- 2.15. **Condições Contratuais:** Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais e da Apólice.
- 2.16. **Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo as obrigações e direitos desta Seguradora, dos Segurados e dos beneficiários.

- 2.17. **Condições Especiais:** Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.18. **Custeio do Seguro:** Ato ou atos de responsabilidade do Segurado para pagamento do prêmio e manutenção da vigência do seguro e suas coberturas.
- 2.19. **Data do Evento:** Data da ocorrência do evento/risco coberto.
- 2.20. **Desemprego:** Perda do emprego formal, involuntariamente (demissão sem justa causa), permanecendo sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal.
- 2.21. **Diagnóstico de Câncer:** Constatação de câncer, realizada em vida no Segurado, efetuada por exame microscópico de tecido fixo afetado pela moléstia, sendo o de maior importância o anatomopatológico, além de exames complementares realizados por profissional médico especialista. O diagnóstico dado pelo patologista será considerado válido, para fins do pagamento da indenização, desde que precedido de exame histológico minucioso do tumor maligno, ou do tecido coletado, em que efetivamente se evidencie a existência do câncer.
- 2.22. **Doenças e acidentes preexistentes:** Toda e qualquer lesão decorrente de acidente ou doença ocorrida com o Segurado, anteriormente a data de início de vigência do seguro, e que era de seu prévio conhecimento na data de contratação do seguro.
- 2.23. **Evento coberto:** Acontecimento futuro e incerto, previsto e não excluído nas coberturas do seguro, ocorrido durante a vigência do Seguro e não excluído das Condições Gerais e Condições Especiais, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s). Para este seguro, os eventos cobertos estão definidos nas Condições Especiais deste seguro.
- 2.24. **Franquia:** É o período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as suas consequências.
- 2.25. **Indenização:** É o valor a ser pago pela Seguradora, por cobertura contratada, ao Segurado ou aos seus beneficiários, quando for o caso, em virtude de um evento coberto, respeitadas as condições contratuais

e o limite do capital segurado.

- 2.26. **Início de Vigência:** Data e hora a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas por esta Seguradora.
- 2.27. **Liquidação do Sinistro:** Procedimento por meio do qual esta seguradora, avisada de um sinistro, apura os prejuízos ou os efeitos contratuais dele decorrentes e se pronuncia quanto ao pagamento do capital segurado.
- 2.28. **Médico Assistente:** Profissional devidamente habilitado para a prática da medicina, de escolha do Segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados.

**NÃO SERÃO ACEITOS COMO MÉDICO ASSISTENTE O PRÓPRIO SEGURADO, SEU CÔNJUGE, DEPENDENTES, PARENTES CONSANGÜÍNEOS OU AFINS, MESMO QUE HABILITADOS A EXERCER A PRÁTICA DA MEDICINA, NÃO CABENDO NESTES CASOS, NENHUMA INDENIZAÇÃO POR PARTE DESTA SEGURADORA.**

- 2.29. **Meios Remotos:** Aqueles que permitem a troca e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias, tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélites, entre outras.
- 2.30. **Período de Cobertura:** Aquele durante o qual, na ocorrência de um evento coberto, o Segurado ou o beneficiário, quando for o caso, fará jus ao capital segurado contratado.
- 2.31. **Prêmio:** É o valor pago pelo Proponente/Segurado à Seguradora para garantir o risco proposto/contratado. Cada Cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.
- 2.32. **Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.33. **Proponente:** Pessoa física interessada em contratar as coberturas do seguro e sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

- 2.34. **Proposta de Contratação:** Documento com a declaração dos elementos

essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar uma cobertura, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

- 2.35. **Regime Financeiro de Repartição Simples:** Estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as Indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período, sendo este o regime adotado por este plano de seguro.
- 2.36. **Riscos Excluídos:** São aqueles riscos não cobertos pelo seguro, conforme previstos nestas condições gerais e condições especiais.
- 2.37. **Segurado:** Pessoa física que mantém o contrato de seguro com a Seguradora.
- 2.38. **Segurado Dependente e Segurado Principal:** Na hipótese de contratação da Cobertura de Morte do Cônjuge e/ou de Filhos, o Segurado que fez a contratação será tratado como Segurado Principal e o cônjuge e filhos como Segurados Dependentes.
- 2.39. **Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.40. **Sinistro:** Ocorrência do risco coberto durante o período de cobertura ou vigência do seguro contratado.
- 2.41. **Taxa do Seguro:** Resultado do cálculo constante da tarifa elaborada por esta Seguradora que determinará o valor do prêmio.
- 2.42. **Vigência do Seguro:** Período de tempo fixado na apólice para validade do seguro contratado.

### 3. INFORMAÇÕES GERAIS



- 3.1. Este plano de seguro é garantido pela Caixa Seguradora S.A., inscrita no CNPJ/MF nº 34.020.354/0001-10, sociedade Seguradora devidamente autorizada pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP a comercializar seguros no Brasil, que assume os riscos inerentes à(s) Cobertura(s) contratada(s) pelas Condições Especiais, nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais.
- 3.2. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.
- 3.3. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 3.4. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br) por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. Para casos não previstos nestas Condições, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- 3.5. Eventuais encargos de tradução referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora que será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
- 3.6. A utilização de meios remotos na emissão da apólice garante ao Segurado a possibilidade de impressão do documento e, a qualquer tempo, o fornecimento de sua versão física, mediante solicitação à Seguradora.
- 3.7. Estas Condições Gerais estabelecem os direitos e as obrigações desta Seguradora, dos Segurados do plano e de seu(s) Beneficiário(s).

#### **4. APRESENTAÇÃO**

- 4.1. Este Plano de Seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, na modalidade de Benefício Definido, descrito nestas Condições Gerais.
- 4.2. DEVIDO À NATUREZA DO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, ESTE PLANO NÃO PERMITE A CONCESSÃO DE RESGATE, SALDAMENTO, SEGURO PROLONGADO OU DEVOLUÇÃO DE QUAISQUER

PRÊMIOS PAGOS, UMA VEZ QUE CADA PRÊMIO É DESTINADO A CUSTEAR O RISCO DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES NO PERÍODO DE COBERTURA.

## **5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS**

5.1. As coberturas deste plano de seguro são válidas em todo o globo terrestre, EXCETO PARA AS COBERTURAS DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS, CUJA COBERTURA É EXCLUSIVA PARA O TERRITÓRIO NACIONAL. Para as Coberturas de DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO E REMISSÃO DE PAGAMENTOS POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO, este plano de seguro é válido SOMENTE SE O SEGURADO POSSUIR RESIDÊNCIA E EMPREGO FIXO NO TERRITÓRIO NACIONAL.

## **6. COBERTURAS DO SEGURO**

6.1. Este plano disponibiliza as seguintes coberturas para contratação:

### **6.1.1. Cobertura Básica**

- a) Morte por Causas Naturais e Acidentais

### **6.1.2. Coberturas Adicionais**

- a) Indenização Especial por Morte Acidental (IEA)
- b) Indenização por Diagnóstico de Câncer (IDC)
- c) Remissão de Pagamentos por Diagnóstico de Câncer (RPDC)
- d) Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI)
- e) Remissão de Pagamentos por Desemprego Involuntário (RPDI)
- f) Diária por Incapacidade Temporária (DIT)
- g) Morte do Cônjuge (MC)
- h) Morte de Filhos (MF)
- i) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
- j) Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM)
- k) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- l) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)
- m) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD)
- n) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)
- o) Invalidez por Doença Congênita (IDC)
- p) Doenças Graves (DG)

6.2. Para efeito deste seguro é obrigatória a contratação da cobertura

básica.

- 6.3. As coberturas dispostas no item 6.1.2 não poderão ser contratadas isoladamente, ou seja, sem a contratação da cobertura básica.

## **7. RISCOS EXCLUÍDOS**

- 7.1. Estão expressamente EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS deste seguro, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a. uso de MATERIAL NUCLEAR para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes.
  - b. ATOS ou OPERAÇÕES DE GUERRA, tais como: guerra química ou bacteriológica, guerra civil, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas provenientes, exceto se, decorrentes da prestação do serviço militar, da prática de esportes, ou em caso de atos de humanidade em auxílio de outrem.
  - c. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras CONVULSÕES DA NATUREZA.
  - d. EPIDEMIAS ou PANDEMIAS oficialmente reconhecidas por autoridade competente nacional ou internacional.
  - e. ENVENENAMENTO de caráter coletivo declarado por órgão competente;
  - f. perturbações, envenenamentos ou intoxicações de qualquer natureza, salvo a ingestão de medicamentos exclusivamente quando prescritos por médico em decorrência de acidente pessoal coberto;
  - g. SUICÍDIO ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme art. 798 do Código Civil.
  - h. danos causados por ATOS ILÍCITOS DOLOSOS praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro.
  - i. ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO que não seja motivado por necessidade justificada. Não se incluem nesta exclusão os eventos resultantes da utilização de meios de transporte mais

- arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de ato de humanidade em auxílio de outrem.
- j. acidentes em que o Segurado, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO, for condutor do veículo, seja terrestre, aéreo ou náutico;
  - k. eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
  - l. eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a própria vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa;
  - m. qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrentes de acidentes pessoais e comprovadas por exames complementares.
  - n. parto, aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidentes pessoais.
  - o. choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrentes de acidentes pessoais.
  - p. De doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado.
  - q. Doação intervivos;
  - r. Transplante intervivos, exceto nas situações passíveis de pagamento previstas na cobertura de Doenças Graves, quando contratada; e
  - s. Competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios; esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes, ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;
  - t. Danos morais e estéticos: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente Apólice as indenizações por DANOS MORAIS E ESTÉTICOS, decorrentes de qualquer Evento Coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.
  - u. Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética.
  - v. Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que, mesmo sem ferir ou causar estragos ao patrimônio material de uma pessoa, ofenda seus princípios e valores de ordem moral, relacionados à sua honra, seus sentimentos a sua dignidade, como também de sua família.

- w. Quando proveniente de ação judicial, ficará à critério do juiz o reconhecimento da existência de tal dano, bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, que deverá ser direcionada contra o efetivo causador do dano.
- x. Danos materiais: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente Apólice as indenizações por DANOS MATERIAIS, decorrentes de qualquer Evento Coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.
- y. Dano material é todo e qualquer dano que atinge diretamente o patrimônio das pessoas e pode ser configurado por uma despesa que foi gerada por uma ação ou omissão indevida de terceiros, caracterizando a necessidade de reparação material.
- z. Lucros cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer Risco Coberto e indenizável.
- aa. Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de Risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, situação em que este perderá o direito à Cobertura do seguro, conforme disposto no artigo 768 do Código Civil (O segurado perderá o direito à garantia se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato).

## **8. ACEITAÇÃO DO SEGURO**

- 8.1. A celebração ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta de contratação assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou, ainda, por solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros.

**8.1.1.0 disposto neste item não se aplica aos seguros contratados por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, no que se refere à assinatura do proponente.**

- 8.2. A proposta de contratação deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.
- 8.3. Caberá à Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 8.4. A Seguradora terá o prazo de até 15 (quinze) dias corridos para

manifestar-se sobre a aceitação da proposta, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, da mesma forma para alterações que impliquem modificação do risco.

- 8.5. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, esta solicitação poderá ser feita apenas uma única vez.
- 8.6. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, como previsto no item 8.5 anterior, o prazo previsto no item 8.4 destas Condições Gerais ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação e/ou informações complementares.
- 8.7. Nos casos em que a aceitação da proposta de seguro (seguros, novos, renovações ou alterações) dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, o prazo previsto no item 8.4 acima será suspenso até que o ressegurador se manifeste formalmente, devendo a Seguradora comunicar tal fato, por escrito, ao proponente, ressaltando a consequente inexistência de cobertura enquanto perdurar a suspensão. Nessa hipótese, é vedada a cobrança, total ou parcial, do prêmio.
- 8.8. Ficará a critério da Seguradora a decisão de informar ou não, por escrito, ao proponente, ao seu representante legal ou ao corretor de seguros, sobre a aceitação da proposta, devendo, no entanto, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, no caso de sua não aceitação, justificando a recusa.
- 8.9. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto no item 8.4, caracterizará a aceitação tácita do seguro.
- 8.10. Nos casos de recusa de proposta de seguros em que o proponente tenha adiantado o prêmio total ou parcial, a restituição deverá ocorrer no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzidos da parcela "*pro rata temporis*" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Ultrapassado os 10 (dez) dias, a Seguradora devolverá o prêmio pago pelo Segurado devidamente corrigido, conforme estabelecido pela Cláusula 14 – Atualização dos Valores do Capital Segurado e Reajuste do Prêmio por Reenquadramento Etário.

- 8.11. A emissão da apólice ou endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

## **9. VIGÊNCIA**

- 9.1. O contrato de seguro vigorará pelo prazo estabelecido na apólice.
- 9.2. O seguro terá início na hora e data da emissão da apólice e será encerrado às 24 (vinte e quatro) horas da data expressa como término de vigência na apólice.
- 9.3. No caso da proposta de contratação ter sido recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o seguro terá seu início de vigência a partir de 24 (vinte e quatro) horas do dia da recepção da proposta pela Seguradora, observando o item 8.10
- 9.4. No caso da proposta de contratação ter sido recepcionada sem pagamento de prêmio, o início de vigência do seguro será a partir da data de aceitação da proposta de contratação ou em data posterior, se solicitado pelo proponente, seu representante ou corretor de seguros.

## **10. RENOVAÇÃO**

- 10.1. A primeira renovação deste seguro será automática, por igual período ao originalmente pactuado na apólice, salvo se o Segurado ou Seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do final da vigência da Apólice.
- 10.2. A Seguradora informará ao Segurado, com a antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do vencimento do seguro, sobre a sua renovação.
- 10.3. A renovação automática só prevalecerá se o prêmio correspondente for pago.
- 10.4. A renovação automática prevista no item 10.1 só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Segurado e da Seguradora.
- 10.5. Caso o Segurado não tenha intenção de renovar o seguro, deverá comunicar o Seguradora com 60 (sessenta) dias de antecedência do final de vigência da apólice.

- 10.6. Caso a Seguradora não tenha intenção de renovar o seguro, deverá comunicar o Segurado com 60 (sessenta) dias de antecedência do final de vigência da apólice.

## **11. PERÍODO DE CARÊNCIA E FRANQUIA**

- 11.1. Quando previsto nas respectivas Condições Especiais, o período de carência será contado a partir do início de vigência da apólice, sendo estabelecido este prazo, na proposta de contratação, bem como na Apólice.
- 11.2. Não haverá aplicação de carência para os sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais, **exceto no caso de SUICÍDIO que deverá** ser observado o período de carência de 24 (vinte e quatro) meses.
- 11.3. O período de carência eventualmente estabelecido por Cobertura nas Condições Especiais deverá respeitar o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice.
- 11.4. Quando previsto nas respectivas Condições Especiais, a franquia representa, por evento, o período inicial, contado em dias, durante o qual a cobertura do seguro não funciona. O Segurado só terá direito à indenização referente aos dias que excederem ao prazo determinado como período de franquia.

## **12. PAGAMENTO DO PRÊMIO**

- 12.1. A periodicidade do pagamento do prêmio é mensal e sua efetivação se dará através de boleto bancário, débito em conta corrente ou cartão de crédito, conforme acordo entre as partes contratantes.
- 12.2. Quando a data limite para pagamento do prêmio cair em dia que não haja expediente bancário, a quitação do prêmio poderá ser efetuada no 1º (primeiro) dia útil seguinte em que houver expediente bancário.
- 12.3. O não pagamento da primeira parcela do prêmio implicará o cancelamento da apólice de pleno direito desde o início de vigência.
- 12.3.1. O não pagamento de qualquer parcela subsequente à primeira, caracterizará inadimplência do Segurado e determinará o cancelamento da apólice se o prêmio não for quitado no prazo de até 30 (trinta) dias, a serem contados a partir do dia



imediatamente posterior à data de vencimento do primeiro prêmio vencido e não pago.

12.3.2. Ocorrendo sinistro durante o período de inadimplência, não haverá suspensão das coberturas, sem prejuízo à cobrança do respectivo prêmio devido pelo segurado, o qual será deduzido da indenização a ser paga ao(s) beneficiário(s).

12.4. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado o seu pagamento, o direito à indenização não ficará prejudicado, sendo deduzido da indenização a ser paga ao(s) beneficiário(s) o montante referente ao prêmio devido pelo Segurado Principal, acrescido de juros, atualização monetária e multa moratória.

12.5. A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia posterior à data da emissão da apólice, do endosso ou do aditivo.

### **13. CAPITAL SEGURADO**

13.1. O Capital Segurado para cada Cobertura contratada e dispostas nas Condições Especiais será estabelecido na respectiva Proposta de Contratação e na Apólice.

13.1.1. Para fins deste Seguro, capital segurado é a importância máxima a ser paga, em função do valor estabelecido para cada cobertura, vigente na data do evento, limitado em qualquer hipótese a Importância Segurada máxima, de acordo com as disposições do contrato, emitidas para a apólice de seguro.

13.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando do pagamento de indenização:

- a) Para a Cobertura de Morte por Causas Naturais e Acidentais é a data do falecimento do Segurado Principal;
- b) Para a Cobertura de Indenização Especial de Morte por Acidente, é a data do acidente;
- c) na Cobertura de Diagnóstico de Câncer é a data do diagnóstico da doença ou da realização do procedimento médico, através de declaração de profissional médico legalmente habilitado e licenciado,

datada e assinada.

- d) na Coberturas de Perda Renda por Desemprego Involuntário é a data do efetivo desligamento conforme expresso na Carteira de Trabalho e Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado pelo Tribunal Regional do Trabalho, Sindicato ou Delegacias Regionais do Trabalho;
- e) Na Cobertura de Diária por Incapacidade Temporária, é a data da comprovação da incapacidade do Segurado, através de declaração/relatório de profissional médico legalmente habilitado e licenciado, datada e assinada;
- f) Para a Cobertura de Morte do Cônjuge é a data do falecimento do Cônjuge.
- g) Para a Cobertura de Morte dos Filhos é a data do falecimento do Filho.

## 14. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO CAPITAL SEGURADO E REAJUSTE DO PRÊMIO POR REENQUADRAMENTO ETÁRIO

- 14.1.1. Os capitais segurados, bem como os prêmios deste seguro serão atualizados monetariamente a cada 12 (doze) meses, em cada aniversário da apólice, com base na variação acumulada do **Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE)**, tomando-se por base a data da última Atualização Monetária do mês anterior ao aniversário da Apólice. Caso haja extinção do índice definido no item anterior, fica prevalecendo outro que vier a substituí-lo.
- 14.2. As taxas das coberturas deste seguro serão calculadas de acordo com as características e/ou idades do Segurado, obedecendo a forma e os percentuais estabelecidos nas disposições deste contrato.
- 14.3. O prêmio mensal relativo à cobertura de Morte por Causas Naturais e Acidentais estipulado no início da vigência deste seguro é aquele estabelecido na apólice e está sujeito às alterações decorrentes da mudança de idade do Segurado.
- 14.3.1. Anualmente, no mês de aniversário da apólice, o prêmio mensal relativo à cobertura de Morte por Causas Naturais e Acidentais será reajustado, considerando o percentual de reajuste em função do reenquadramento do Segurado pela sua nova idade, de acordo com a tabela a seguir apresentada:

IDADE	% de ajuste por reenquadramento	IDADE	% de ajuste por reenquadramento
Até 9	0%	60	7,11%
10	7,73%	61	7,59%
11	5,90%	62	8,22%
12	4,36%	63	8,92%
13	3,48%	64	9,62%
14	2,69%	65	10,28%
15	2,62%	66	10,87%
16	2,34%	67	11,36%
17	2,91%	68	11,70%
18	3,03%	69	11,78%
19	3,53%	70	11,65%
20	3,98%	71	11,37%
21	4,37%	72	11,00%
22	4,54%	73	10,62%
23	4,67%	74	10,36%
24	4,78%	75	10,24%
25	4,41%	76	10,19%
26	4,08%	77	10,20%
27	3,36%	78	10,22%
28	2,71%	79	10,19%
29	2,11%	80	10,13%
30	1,29%	81	10,02%
31	0,64%	82	9,88%
32	0,00%	83	9,73%
33	0,13%	84	9,58%
34	0,13%	85	9,42%
35	0,13%	86	9,27%
36	0,25%	87	9,11%
37	3,65%	88	8,95%
38	5,95%	89	8,74%
39	8,37%	90	8,49%
40	10,37%	91	8,22%
41	11,98%	92	7,94%
42	13,18%	93	7,66%
43	13,84%	94	7,38%
44	13,95%	95	7,10%
45	13,59%	96	6,84%
46	12,83%	97	6,58%
47	12,06%	98	6,56%
48	11,25%	99	6,72%
49	10,51%	100	7,01%

50	9,97%	101	7,41%
51	9,52%	102	7,85%
52	9,13%	103	8,33%
53	8,82%	104	8,79%
54	8,47%	105	9,23%
55	8,07%	106	9,62%
56	7,64%	107	9,95%
57	7,25%	108	10,22%
58	6,89%	109	10,42%
59	6,85%	110	10,56%

## 15. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS

- 15.1. O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 15.2. Os valores devidos à título de devolução de prêmios, sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 15.4 desta cláusula, a partir da data em que se tornarem exigíveis:
- No caso de cancelamento da apólice: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.
  - No caso de recebimento indevido do prêmio: a partir da data de recebimento do respectivo prêmio.
  - No caso de recusa da proposta de seguro: a partir da data da formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias previsto no item 8.10 destas Condições Gerais.
- 15.3. Nos casos em que o pagamento da indenização não for efetivado no prazo estipulado nestas Condições, o valor devido está sujeito à atualização monetária a partir da data de ocorrência do evento, e juros de mora, conforme definido no item 15.6.
- 15.4. O índice utilizado para atualização monetária será o **IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, e no caso da sua extinção, o índice que vier a substituí-lo.
- 15.5. A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

- 15.6. Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de juros moratórios de 6% a.a (seis por cento ao ano), calculados “*pro rata temporis*”, contados a partir do primeiro dia posterior ao término dos prazos fixados nesta cláusula.

## **16. OCORRÊNCIA E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO**

- 16.1. Em caso de sinistro coberto por este contrato, o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) deverão comunicar o sinistro à Seguradora logo que o saiba(m) e provar satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, através da entrega dos documentos listados nesta cláusula.
- 16.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) beneficiário(s) correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 16.3. A partir da data de entrega de toda documentação básica exigível por parte do Segurado ou beneficiário(s), disposta no subitem “16.11”; seus subitens; e respectivas alíneas, a Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias, sob a forma de parcela única, para liquidação do sinistro.
- 16.3.1. O não fornecimento da documentação solicitada e prevista nesta Condição Geral acarreta a suspensão do prazo para pagamento da indenização.
- 16.3.2. O não pagamento da indenização no prazo previsto no subitem “16.3” implicará na atualização monetária e na aplicação dos juros moratórios previstos no item “15” destas Condições Gerais, até a data do efetivo pagamento.
- 16.4. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.
- 16.5. Independentemente dos documentos listados nas coberturas contratadas, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.
- 16.6. É facultada à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a

adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos ou esclarecimentos que julgar necessários à apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente a entrega da documentação solicitada.

16.7. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 16.3. acima será suspenso, voltando a contar a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

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

16.8.1. A junta médica de que trata o subitem “16.8” será constituída por três membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

16.8.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro membro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

16.8.3. 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.

16.9. O Segurado e/ou Beneficiário(s) deve(m) autorizar expressamente o médico assistente e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar envolvidas no atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, o qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

16.9.1. Os resultados apurados pela perícia, incluindo-se laudos de exames, serão de uso unicamente exclusivo da Seguradora.

16.10. O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário(s), será de até o valor equivalente ao capital segurado determinado para a Cobertura sinistrada vigente na data do evento, conforme previsto no item 13 destas Condições Gerais.

16.11. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

**16.11.1. Em caso de Morte Natural:**

- a) Formulário de “Aviso de Sinistro e Autorização do(a) Beneficiário(a) para o Recebimento da Indenização” devidamente preenchido e assinado;
- b) Declaração de Óbito;
- c) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado Principal;
- d) Cópia do RG (Cédula de Identidade) e CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do Segurado Principal;
- e) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado Principal
- f) Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico da(s) doença(s) registrada(s) na Certidão de Óbito, bem como a descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento, se houver.

**16.11.1.1. Documentação para habilitação do(s) Beneficiário(s):**

- a) **Cônjuge:** cópia da Certidão de Casamento (atualizada/extraída após o óbito), cópia da Cédula de Identidade (RG) e do CPF.
- b) **Companheira(o):** Cópia da Cédula de Identidade (RG), do CPF e declaração de união estável (formulário padrão da Seguradora ou declaração em cartório) .
- c) **Filhos:** Cópia da Certidão de Nascimento, da Cédula de Identidade (RG) e do CPF.
- d) **Pais e Outros Beneficiários:** Cópia da Certidão de Casamento, da Cédula de Identidade (RG), do CPF e comprovante de residência.
- e) **Beneficiário Incapaz:** Termo de curatela definitivo, quando o pagamento da indenização não for efetuado diretamente ao Beneficiário; e Cópia da Certidão de Casamento, da Cédula de Identidade (RG), do CPF e comprovante de residência;
- f) Procuração e cópia da Cédula de Identidade e CPF do Procurador para representar o Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos.
- g) **Quando não existir a designação de Beneficiário:** os herdeiros legais deverão apresentar a comprovação de únicos herdeiros com a descrição de todos os beneficiários;
- h) Carta de concessão de benefício emitida pelo INSS indicando os dependentes do segurado (Se houver) – Cópia simples
- i) Documentos emitidos em outros idiomas: autenticados na



embaixada do País de origem e traduzido por tradutor juramentado.

**16.11.2. Em caso de Morte Acidental e Indenização Especial por Morte Acidental:**

Além dos documentos relacionados nas alíneas do subitem "16.11.1", serão necessários os documentos das alíneas abaixo:

- a) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial;
- b) Cópia do Inquérito Policial emitido por autoridade policial, quando realizado;
- c) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) Cópia do Laudo de Necropsia do IML (Instituto Médico Legal), se houver;
- e) Cópia do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, quando realizados;
- f) Cópia do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- g) Cópia do Laudo de Perícia Técnica realizada no local do acidente, se houver.

**16.11.3. Em caso de Morte Natural do Cônjuge:**

- a) Formulário de "Aviso de Sinistro e Autorização do(a) Beneficiário(a) para o Recebimento da Indenização" devidamente preenchido e assinado;
- b) Declaração de Óbito;
- c) Cópia da Certidão de Óbito do Cônjuge;
- d) Cópia do RG (Cédula de Identidade) e CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do Seguro Principal e do Cônjuge;
- e) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado Principal ou Cônjuge
- f) Cópia da Certidão de Casamento (atualizada/extraída após o óbito),
- g) Declaração de união estável (formulário padrão da Seguradora ou declaração em cartório) em caso de companheiro(a).
- h) Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico da(s) doença(s) registrada(s) na Certidão de Óbito, bem como a descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento, se houver.

**16.11.4. Em caso de Morte Acidental do Cônjuge:**

Além dos documentos relacionados nas alíneas do subitem “16.11.3”, serão necessários os documentos das alíneas abaixo:

- a) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial;
- b) Cópia do Inquérito policial emitido por autoridade policial, quando realizado;
- c) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) Cópia do Laudo de Necropsia do IML (Instituto Médico Legal), se houver;
- e) Cópia do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, quando realizados;
- f) Cópia do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- g) Cópia do Laudo de Perícia Técnica realizada no local do acidente, se houver.

**16.11.5. Em caso de Morte Natural do(s) Filho(s):**

- a) Formulário de “Aviso de Sinistro e Autorização do(a) Beneficiário(a) para o Recebimento da Indenização” devidamente preenchido e assinado;
- b) Declaração de Óbito;
- c) Cópia da Certidão de Óbito do(s) Filho(s);
- d) Cópia do RG (Cédula de Identidade) e CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do Segurado Principal e do(s) Filho(s);
- e) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado Principal;
- f) Certidão de nascimento do(s) filho(s);
- g) Relatório médico informando desde quando o(s) filho(s) recebeu(ram) o primeiro diagnóstico da(s) doença(s) registrada(s) na Certidão de Óbito, bem como a descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento, se houver;
- h) Notas Fiscais e Recibos originais das despesas com funeral (caso o filho seja menor de 14 anos).

**16.11.6. Em caso de Morte Acidental dos Filhos:**

Além dos documentos relacionados nas alíneas do subitem “16.11.5”, serão necessários os documentos das alíneas abaixo:

- a) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial;
- b) Cópia do Inquérito policial emitido por autoridade policial, quando realizado;

- c) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Filho;
- d) Cópia do Laudo de Necropsia do IML (Instituto Médico Legal), se houver;
- e) Cópia do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, quando realizados;
- f) Cópia do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- g) Cópia do Laudo de Perícia Técnica realizada no local do acidente, se houver.

**16.11.7. Em caso de Diagnóstico de Câncer e Remissão por Diagnóstico de Câncer:**

- a) Formulário de “Aviso de Sinistro e Autorização para o Recebimento da Indenização” devidamente preenchido e assinado;
- b) Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) das doenças, com sua(s) data(s), tratamento(s) realizado(s), prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso, inclusive cirúrgicas, e sequelas decorrentes (temporárias e/ou permanentes);
- c) Exames realizados indicativos e confirmativos da doença realizados pelo Segurado, incluindo o Anátomo Patológico,, indicando tipo e estágio do câncer;
- d) Cópia do RG (Cédula de Identidade) e do CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do Segurado;
- e) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado Principal

**16.11.8. Em caso de Diária por Incapacidade Temporária:**

- a) Formulário de “Aviso de Sinistro e Autorização para o Recebimento da Indenização” devidamente preenchido e assinado;
- b) Cópia do RG (Cédula de Identidade) e do CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do Segurado;
- c) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado Principal
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, se for o caso;
- e) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- f) Cópia do Laudo de Exame Toxicológico, e cópia autenticada do Laudo de Exame de Dosagem Alcoólica, quando realizados; e
- g) Cópia do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;

**16.11.8.1. Caso o Segurado seja Autônomo ou Profissional Liberal:**

- a) Cópia autenticada da comprovação contábil/fiscal e fonte de renda da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem o afastamento temporário, tais como:
  - Recolhimento do INSS;
  - Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF);
  - Recibo de Pagamento de Autônomo (RPA);
  - Declaração emitida por Contador em formulário DECORE (Declaração Comprobatória de Percepção de Rendimentos).

**16.11.8.2. Caso o Segurado seja Profissional MEI:**

- a) Cópia autenticada da comprovação contábil/fiscal e fonte de renda da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem o afastamento temporário, tais como:
  - Recibos de pagamentos do DAS;
  - Requerimento do empresário;
  - Declaração anual do MEI;
  - Declaração emitida por Contador em formulário DECORE (Declaração Comprobatória de Percepção de Rendimentos).

**16.11.8.3. Caso o Segurado trabalhe sob Regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT):**

- a) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário.

**16.11.8.4. Em caso de Incapacidade Temporária decorrente de Doença:**

- a) Cópia autenticada do relatório médico, informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico da(s) doença(s), descrição da evolução clínica, data em que iniciou o tratamento; as lesões/sequelas decorrentes da doença, o período necessário para o tratamento e a data de confirmação de alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- b) Resultado dos exames comprobatórios da doença (Radiografias, tomografias, ressonâncias, ultra-sonografias, eletroneuromiografias, etc. – Laudos e Imagens);
- c) Quando houver internação ou atendimento em hospital ou

clínica, deverá ser enviado uma declaração da entidade constando o nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s).

**16.11.9. Em caso de Incapacidade Temporária decorrente de Acidente Pessoal:**

- a) Formulário de “Aviso de Sinistro e Autorização para o Recebimento da Indenização” devidamente preenchido e assinado;
- b) Cópia autenticada do relatório médico informando a data do acidente, as lesões/sequelas causadas, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, o período necessário para o tratamento e a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- c) Resultado dos exames comprobatórios do acidente (Radiografias, tomografias, ressonâncias, ultra-sonografias, eletroneuromiografias, etc. – Laudos e Imagens);
- d) Cópia da declaração médica de alta definitiva;
- e) Quando houver internação ou atendimento em hospital ou clínica, deverá ser enviado uma declaração da entidade constando o nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s).

**16.11.10. Em caso de Perda de Renda por Demissão Involuntária e Remissão por Perda de Renda por Demissão Involuntária:**

- a) Formulário de “Aviso de Sinistro e Autorização para o Recebimento da Indenização” devidamente preenchido e assinado;
- b) Cópia do RG (Cédula de Identidade) e do CPF do Segurado;
- c) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado Principal;
- d) Cópia da Carteira de Trabalho constando a página da foto, qualificação civil, página que consta a anotação da rescisão contratual (o desligamento), página do último Contrato de Trabalho;
- e) Cópia do extrato do FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço) dos últimos 12 (doze) meses ou dos respectivos holerites quando os primeiros não estiverem disponíveis;
- f) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho

homologado no TRT, Sindicato e Delegacias Regionais do Trabalho;

- g) Cópia da via marrom do requerimento do Seguro Desemprego com carimbo e CNPJ da empresa. Caso o segurado tenha optado por receber o Seguro Desemprego, este documento deve conter o protocolo da Caixa Econômica Federal ou do Ministério do Trabalho.

**16.11.11. Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:**

- a) Formulário de “Aviso de Sinistro e Autorização para o Recebimento da Indenização” devidamente preenchido e assinado;
- b) cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- c) exame de Corpo Delito, quando indicado;
- d) cópia do RG e CPF do segurado;
- e) cópia do Registro de Empregado;
- f) comprovante de Pagamento do Salário referente ao último mês em atividade;
- g) cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
- h) no caso de invalidez total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS; e
- i) relatório médico contendo as seqüelas definitivas, discriminadas em grau porcentual.

**16.11.12. Em caso de Invalidez Permanente por Acidente Majorada:**

- a) Formulário de “Aviso de Sinistro e Autorização para o Recebimento da Indenização” devidamente preenchido e assinado;
- b) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado;
- c) relatório do médico-assistente do segurado:
  - Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada; e
  - Detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado.
- d) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença),

incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, conforme previsto nas Condições Especiais.

**16.11.13. Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente:**

- a) Formulário de “Aviso de Sinistro e Autorização para o Recebimento da Indenização” devidamente preenchido e assinado;
- b) cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- c) exame de Corpo Delito, quando indicado;
- d) cópia do RG e CPF do segurado;
- e) cópia do Registro de Empregado;
- f) comprovante de Pagamento do Salário referente ao último mês em atividade;
- g) cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
- h) no caso de invalidez total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS; e
- i) relatório médico contendo as seqüelas definitivas, discriminadas em grau porcentual.

**16.11.14. Em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:**

- a) Formulário de “Aviso de Sinistro e Autorização para o Recebimento da Indenização” devidamente preenchido e assinado;
- b) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado;
- c) relatório do médico-assistente do segurado:
  - Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada; e
  - Detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado.
- d) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, conforme previsto nas Condições Especiais.

**16.11.15. Em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total por**

**Doença:**

- a) Formulário de “Aviso de Sinistro e Autorização para o Recebimento da Indenização” devidamente preenchido e assinado;
- b) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado;
- c) relatório do médico-assistente do segurado:
  - Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada; e
  - Detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado.
- d) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, conforme previsto nas Condições Especiais.

**16.11.16. Em caso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:**

- a) Formulário de “Aviso de Sinistro e Autorização para o Recebimento da Indenização” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou representante(s) legal(is) e médico assistente;
- b) cópia autenticada do CPF, RG e comprovante de residência do Segurado;
- c) originais de todos comprovantes de despesas médico-hospitalares;
- d) cópia autenticada de todos os resultados dos exames médicos realizados;
- e) cópia autenticada da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho – se for o caso;
- f) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo;
- h) cópia autenticada do último hollerith ou comprovante de pagamento, se o seguro for contributivo, e; 2425.16.01.E - JUN/11 11
- i) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.



**16.11.17. Em caso de Invalidez por Doença Congênita:**

- a) Formulário de “Aviso de Sinistro e Autorização para o Recebimento da Indenização” devidamente preenchido e assinado;
- b) relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- c) exames e laudos médicos que indiquem a doença congênita;
- d) cópia autenticada da Certidão de Nascimento do filho;
- e) cópia atualizada e autenticada da Certidão de Casamento com a gestante, caso a mesma não seja a segurada principal; e
- f) cópia autenticada do CPF e RG do segurado.

**16.11.18. Em caso de Doenças Graves:****DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL**

- a) Formulário de “Aviso de Sinistro e Autorização para o Recebimento da Indenização” devidamente preenchido e assinado;
- b) cópia da Carteira de Identidade e CPF do segurado;
- c) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- d) formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo segurado com data posterior a 30 dias da data do diagnóstico;
- e) documentos médicos, tais como prontuários e receitas;

**DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS (no caso do beneficiário não ser o próprio segurado)**

- f) formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- g) cópia da carteira de identidade e CPF;
- h) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- i) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- j) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- k) termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- l) termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

## **17. REINTEGRAÇÃO**

17.1. Exclusivamente para as coberturas de Diária por Incapacidade Temporária, Perda de Renda por Demissão Involuntária e de Morte de Filhos, o capital segurado será automaticamente reintegrado após a ocorrência do evento coberto, respeitados os limites e critérios de concessão previstos na Condição Especial de cada cobertura.

## **18. BENEFICIÁRIOS**

18.1. Cabe ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais. Não sendo instituído(s) Beneficiário(s) valerá o disposto na legislação em vigor.

18.1.1. Será considerada, em caso de Sinistro, a última indicação e/ou alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado e recebida pela Seguradora antes do pagamento da Indenização. Caso a Seguradora não seja cientificada oportunamente da indicação e/ou alteração, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado na forma anterior.

18.2. A alteração só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação. Não será aceita designação ou substituição de Beneficiário(s) por meio de procuração.

18.3. Na falta de indicação de Beneficiário, ou na perda desta condição por parte do(s) Beneficiário(s) indicado(s) por qualquer motivo, aplicar-se-á, para efeito do pagamento da Indenização o que estabelece a lei vigente.

18.4. É válida a instituição de companheiro(a) como Beneficiário(a) se, ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

18.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser Beneficiária de Seguro de Pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

18.6. No caso de beneficiário menor de idade ou tutelado, a Indenização será creditada somente na conta de titularidade do menor ou tutelado. .

18.7. No caso de beneficiário curatelado, a indenização será creditada na

conta do representante legal do beneficiário.

- 18.8. Na hipótese de morte do cônjuge e de morte de filhos, de Diagnóstico de Câncer, de Diária por Incapacidade Temporária e de Perda de Renda por Desemprego Involuntário, o beneficiário será próprio Segurado.

## **19. CANCELAMENTO DO SEGURO**

### **19.1. Rescisão**

- 19.1.1. Este contrato poderá ser rescindido total ou parcialmente, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes e com concordância recíproca, quando ocorrerá a interrupção do pagamento/cobrança do prêmio do seguro.

### **19.2. Cancelamento**

- 19.2.1. O segurado tem o direito de cancelar o seguro, tornando-o nulo de pleno direito, mediante solicitação por escrito à Seguradora. Assim, a Seguradora devolverá qualquer prêmio líquido recebido, após o recebimento da solicitação de cancelamento, livre de impostos ou encargos que tenham recaído sobre ele, nos termos da cláusula 15.6, desde a data do pagamento do prêmio até a data da devolução do mesmo.

- 19.2.1.1. O prazo máximo para devolução do prêmio a título de cancelamento é de 10 (dez) dias corridos a contar de sua formalização. Ultrapassado o prazo aqui previsto, o valor devido a título de devolução do prêmio se sujeita à atualização monetária nos termos da cláusula 15.6.

- 19.2.1.2. A Seguradora irá reter dos Prêmios recebidos, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

- 19.2.2. Este seguro será automaticamente extinto ou cancelado independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, quando:

- a. a qualquer tempo, por mútuo acordo entre a Seguradora e Segurado;
- b. no final do prazo se sua vigência, se não houver renovação, respeitando o aviso prévio de 60 (sessenta) dias;
- c. No caso de Morte do Segurado Principal;
- d. Ocorrer o previsto no item 20.1.1;
- e. O Segurado deixar de cumprir ou dificultar alguma exigência da

- Seguradora para fins de efetivação da cobertura do seguro;
- f. O Segurado deixar de pagar à Seguradora o prêmio ou parcela (s) do prêmio, conforme previsto na Cláusula 12 - Pagamento do Prêmio, destas Condições Gerais;
  - g. Ocorrer o previsto na Cláusula 20 - Perda de Direitos a Indenização.

### 19.3. Cancelamento das Coberturas de Morte do Cônjuge e de Morte de Filhos

- a. Morte do Cônjuge: a cobertura será cancelada com a morte do cônjuge, prevalecendo, entretanto, a continuidade das demais coberturas do seguro, mediante ajuste do prêmio pela exclusão da cobertura;
- b. Morte de Filhos: a cobertura será cancelada com a morte segurado,e/ou com a morte de todos os dependentes e/ou com o pagamento do capital segurado dessa cobertura;

19.4. Na contratação por meios remotos o Segurado poderá desistir do contrato do seguro no prazo de até 7 (sete) dias corridos a contar da data de aceitação da proposta, nos termos da Cláusula 8 destas Condições.

19.5. A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

### 19.6. Reabilitação

- 19.6.1. A Seguradora permitirá a reabilitação da apólice a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado retomar o(s) pagamento(s) do(s) prêmio(s), assumindo a Seguradora, nesta hipótese, a responsabilidade por todos os sinistros ocorridos a partir daquela data.

## **20. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO**

20.1. Além dos casos previstos em lei ou nas Condições Gerais e Especiais deste seguro, a Seguradora ficará isenta de qualquer responsabilidade ou obrigação, nos seguintes casos:

- 20.1.1. Inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito a cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.

- 20.1.2. Deixar o Segurado de guardar a mais estrita boa-fé a respeito das circunstâncias e declarações e informações pertencentes a este seguro.
- 20.1.3. Fraude, ou sua tentativa, dolo ou sua tentativa, culpa ou simulação na reclamação de sinistro para obter indenização indevida ou agravamento das consequências de sinistro ocorrido.
- 20.1.4. Se o Segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio.
- 20.1.4.1. Nesse caso, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.
- 20.1.5. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má fé do Segurado, poderá a Seguradora:
- 20.1.5.1. Não havendo ocorrência de sinistro:
- a) Cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
  - b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
- 20.1.5.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:
- a) Cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo do prêmio originalmente pactuado ou;
  - b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado ao Segurado Principal ou ao(s) Beneficiário(s), ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
- 20.1.6. Na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.
- 20.1.7. Inobservância por parte do Segurado de qualquer das obrigações convencionadas nas condições deste seguro.

- 20.1.8. Procurar o Segurado, por quaisquer meios, obter benefícios ilícitos do seguro a que se refere a presente apólice.
- 20.1.9. Deixar o Segurado de comunicar o sinistro à Seguradora tão logo tome conhecimento, e não adotar as providências imediatas para minorar suas consequências.
- 20.1.10. Deixar o Segurado de comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má fé.
- 20.1.11. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.
- 20.1.12. O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.
- 20.1.13. Na hipótese de continuidade do contrato, a Seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

## **21. FORO**

- 21.1. Estabelece-se, para efeito de quaisquer demandas provenientes do presente contrato de seguro, o foro da localização do domicílio do Segurado, cedendo as partes contratantes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.
- 21.2. Na hipótese de inexistência da relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diferente do domicílio do segurado.

## **22. PRESCRIÇÃO**

- 22.1. Os prazos prescricionais são aqueles que a legislação vigente determinar.

## CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA BÁSICA MORTE POR CAUSAS NATURAIS E ACIDENTES

### 1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, e tendo sido pago o prêmio correspondente, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma indenização, em caso de morte do Segurado Principal, decorrente de causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência deste Seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, bem como **observado as disposições destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da Apólice.**

### 2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item **“2. Definições”** das **Condições Gerais** deste seguro.

### 3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para fins desta Cobertura é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice e vigente na data do Evento.

3.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

3.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do Evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

### 4. CARÊNCIA

4.1. Para os eventos decorrentes de doenças, será previsto o período de carência conforme descrito na apólice de seguro respeitando o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice.

4.2. Não haverá aplicação de carência para os sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais, exceto no caso de SUICÍDIO ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme art. 798 do Código Civil..

## **5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

- 5.1. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora no item 16 “Ocorrência e Liquidação do Sinistro” das Condições Gerais deste seguro.
- 5.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.
- 5.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.
- 5.4. O Segurado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

## **6. DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 6.1. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não foram modificadas por esta Condição Especial.



## **CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (IEA)**

### **1. OBJETIVO**

**1.1.** Esta Cobertura, desde que contratada e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma indenização adicional correspondente a 100% (cem por cento) do Capital Segurado da cobertura básica, em caso de morte do Segurado Principal causada, exclusivamente, por Acidente Pessoal coberto pelo seguro, sem prejuízo do pagamento da indenização referente à cobertura básica, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, bem como observado as disposições destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da Apólice.**

### **2. DEFINIÇÕES**

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item 2 "Definições" das Condições Gerais deste seguro.

### **3. RISCOS EXCLUÍDOS**

**3.1.** Além dos riscos expressamente excluídos mencionados na cláusula 7 "Riscos Excluídos" das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) **Acidente Vascular Cerebral;**
- b) **Quaisquer tipos de doenças;**

### **4. CAPITAL SEGURADO**

4.1. O Capital Segurado para fins desta Cobertura é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice e vigente na data do Evento.

4.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

4.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do Evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

### **5. CARÊNCIA**

- 5.1. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto se decorrente de SUICÍDIO ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme art. 798 do Código Civil..

## **6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

- 6.1. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora no item 16 “Ocorrência e Liquidação do Sinistro” das Condições Gerais deste seguro.
- 6.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.
- 6.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.
- 6.4. O Segurado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

## **7. DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 7.1. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não foram modificadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (PRDI)**

### **1. OBJETIVO**

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, o pagamento da importância segurada especificada na Apólice, quando da ocorrência do Desemprego Involuntário, para profissionais com Registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) durante o período de vigência deste Seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, bem como observado as disposições destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da Apólice.**
- 1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de Carência, Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

### **2. DEFINIÇÕES**

- 2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. Desemprego Involuntário: Para os fins desta Condição Especial, o desemprego involuntário se dá com a rescisão do contrato de trabalho por decisão única e exclusiva do empregador, desde que não motivada por justa causa conforme estabelece a Consolidação das Leis do Trabalho vigentes.

### **3. ELEGIBILIDADE**

- 3.1. Somente será considerado elegível ao recebimento da Indenização, o Segurado que possam comprovar que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiver vínculo empregatício ininterrupto com o mesmo empregador, com jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, nos últimos 12 (doze) meses, sujeito exclusivamente ao Regime das Consolidações das Leis do Trabalho (CLT), na data do evento.
- 3.2. Caso tenha havido neste período mais de um empregador, o profissional deverá comprovar que o período de inatividade nos últimos 12 (doze) meses não foi superior a 30 (trinta) dias.
- 3.3. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa

física ou jurídica, através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

- 3.4. Esta cobertura garante apenas uma interrupção da atividade profissional do Segurado a cada período de 12 (doze) meses.

#### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 7 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) demissão pelo empregador por justa causa;
- b) demissão do empregado que já tenham tempo de serviço suficiente para a aposentadoria integral;
- c) abandono de emprego ou pedido voluntário de demissão pelo empregado;
- d) desligamento em função de incentivo dado pelo empregador para que o empregado se desligue da Empresa;
- e) empregados habilitados para requerer aposentadoria integral por tempo de serviço;
- f) profissionais Liberais, Autônomos, Proprietários ou Sócios de Empresas;
- g) estagiários, temporários, avulsos e contratados por prazo determinado;
- h) demissões coletivas;
- i) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) de qualquer natureza ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
- j) jubilação, exoneração, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
- k) perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extra judicial do empregador;
- l) dispensa com imediata admissão em outra empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista;
- m) extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo).

#### **5. CAPITAL SEGURADO**

5.1. O Capital Segurado para fins desta Cobertura é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice e vigente na data do Evento.

5.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

5.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do desligamento

indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

## **6. CARÊNCIA**

6.1. Para os eventos decorrentes de doenças, será previsto o período de carência conforme descrito na apólice de seguro respeitando o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice..

6.2. Não haverá aplicação de carência para os sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais, exceto no caso de SUICÍDIO ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme art. 798 do Código Civil.

## **7. FRANQUIA**

7.1. É o período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura do Seguro. É facultada a fixação de carência e franquia para as coberturas deste seguro, desde que estabelecido na Apólice de Seguro.

## **8. CESSAÇÃO DA COBERTURA**

8.1. Além das hipóteses previstas no item 20 das Condições Gerais, a cobertura cessará nos seguintes casos:

- com o cancelamento da apólice;
- com o cancelamento desta cláusula;
- com a ocorrência da Morte do Segurado.

## **9. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

9.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos território nacional e só se mantém enquanto o Segurado mantiver residência no Brasil.

## **10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

10.1. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora no item 16 "Ocorrência e Liquidação do Sinistro" das Condições Gerais deste seguro.

- 10.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.
- 10.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

## **11.DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 11.1. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não modificadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL REMISSÃO DE PAGAMENTO DE PRÊMIOS POR PERDA DE RENDA EM CASO DE DESEMPREGO**

### **1. OBJETIVO**

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, no caso da ocorrência do Desemprego Involuntário, para profissionais com Registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) durante o período de vigência deste Seguro, o Segurado terá direito à remissão do pagamento do prêmio mensal do seu seguro pelo prazo máximo de, ou seja, continuará com a(s) cobertura(s) originalmente contratada(s) deste seguro sem qualquer pagamento de prêmio, durante o período de 6 (seis) meses consecutivos, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, bem como observado as disposições destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da Apólice.**
  
- 1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de Carência, Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

### **2. DEFINIÇÕES**

- 2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. **Desemprego Involuntário:** Para os fins desta Condição Especial, o desemprego involuntário se dá com a rescisão do contrato de trabalho por decisão única e exclusiva do empregador, desde que não motivada por justa causa conforme estabelece a Consolidação das Leis do Trabalho vigentes.

### **3. ELEGIBILIDADE**

- 3.1. Somente será considerado elegível ao recebimento da Indenização, o Segurado que possa comprovar que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiver vínculo empregatício ininterrupto com o mesmo empregador, com jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, nos últimos 12 (doze) meses, sujeito exclusivamente ao Regime das Consolidações das Leis do Trabalho (CLT), na data do evento.
- 3.2. Caso tenha havido neste período mais de um empregador, o profissional deverá comprovar que o período de inatividade nos últimos 12 (doze)



meses não foi superior a 30 (trinta) dias.

3.3.3.3. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa jurídica ou física, através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

3.4. Esta cobertura garante apenas uma interrupção da atividade profissional do Segurado a cada período de 12 (doze) meses.

#### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 7 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) demissão pelo empregador por justa causa;
- b) demissão do empregado que já tenha tempo de serviço suficiente para a aposentadoria integral;
- c) abandono de emprego ou pedido voluntário de demissão pelo empregado;
- d) desligamento em função de incentivo dado pelo empregador para que o empregado se desligue da Empresa;
- e) empregados habilitados para requerer aposentadoria integral por tempo de serviço;
- f) profissionais Liberais, Autônomos, Proprietários ou Sócios de Empresas;
- g) estagiários, temporários, avulsos e contratados por prazo determinado;
- h) demissões coletivas;
- i) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) de qualquer natureza ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
- j) jubilação, exoneração, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
- k) perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extra judicial do empregador;
- l) dispensa com imediata admissão em outra empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista;
- m) demissão quando o segurado é funcionário direto de parente, consanguíneo ou afim;
- n) quando o Segurado for membro do conselho de administração

- da empresa;
- o) extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo).

## **5. CAPITAL SEGURADO**

- 5.1. O Capital Segurado para fins desta Cobertura é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice e vigente na data do Evento.
- 5.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.
- 5.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.
- 5.4. Estando o Segurado remido do pagamento do prêmio do seguro, pelo acionamento desta cobertura e, dentro deste período de remissão de prêmio, apresentar nova circunstância que enseje o direito de usufruir de outra cobertura de remissão: Prevalecerá aquela que proporcionar ao Segurado maior tempo de remissão, ou seja, encerra-se a contagem do tempo concedido para a primeira remissão, iniciando-se a contagem do segundo período, caso esse seja maior.

## **6. CARÊNCIA**

- 6.1. Para os eventos decorrentes de doenças, será previsto o período de carência conforme descrito na apólice de seguro respeitando o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice..
- 6.2. Não haverá aplicação de carência para os sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais, exceto se decorrente de SUICÍDIO ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme art. 798 do Código Civil.

## **7. FRANQUIA**

- 7.1. É o período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura do Seguro. É facultada a fixação de carência e franquia para as coberturas deste seguro, desde que estabelecido na Apólice de

Seguro.

## **8. CESSAÇÃO DA COBERTURA**

8.1. Além das hipóteses previstas no item 20 “Perda do Direto a Indenização” das Condições Gerais, a cobertura será imediatamente cancelada nas seguintes situações:

- d) com o cancelamento da apólice;
- e) com o cancelamento desta cláusula;
- f) com a ocorrência da Morte do Segurado.

## **9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

9.1. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora no item 16 “Ocorrência e Liquidação do Sinistro” das Condições Gerais deste seguro.

9.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.

9.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

## **10. DISPOSIÇÕES GERAIS**

10.1. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não modificadas por esta Condição Especial.

## CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

### 1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização por ocasião do diagnóstico de neoplasia maligna constatada por médico habilitado em Oncologia e demonstrada por resultado de exame microscópico de tecido fixo afetado pela moléstia, sendo o de maior importância o anatomopatológico, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, bem como observado as disposições destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da Apólice.**
- 1.2. O diagnóstico dado pelo patologista será considerado válido, para fins de pagamento de indenização, desde que precedido de um exame histológico minucioso do tumor maligno, ou do tecido coletado, em que esteja evidenciada a existência de Câncer.
- 1.3. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de Carência e desde que o tumor tenha seu primeiro diagnóstico comprovado, em data posterior ao início de vigência da apólice.

### 2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. **Neoplasia maligna:** é uma proliferação celular anormal e descontrolada de células, de diversos tipos de tecidos, que podem disseminar pela corrente sanguínea ou por meio dos vasos linfáticos, com potencial de implantação em outros órgãos e tecidos, causando metástases e que apresenta características celulares e anatomopatológicas, macroscópicas e microscópicas de neoplasia maligna, com efeitos agressivos sobre o organismo. **Exclui-se, no entanto, desta definição para efeitos da cobertura contratada, qualquer câncer de pele, exceto o melanoma maligno.**

### 3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 7 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) todas as neoplasias malignas não invasivas (in situ);
- b) o câncer da próstata abaixo do Estádio III pela Classificação TNM da União Internacional Contra o Câncer traduzido pelo Instituto Nacional de Câncer – INCA em 2004;
- c) melanoma maligno com grau de invasão menor ou igual a 1,5 mm (segundo a classificação Breslow, menor que Estágio II) e todas as outras neoplasias da pele;
- d) qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno;
- e) qualquer neoplasia maligna oriunda do Vírus da Imunodeficiência Humana, desde que o mesmo tenha sido contraído antes da vigência do seguro;
- f) qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- g) qualquer tipo de câncer benigno;
- h) neoplasias existentes antes da data efetiva de início de vigência da Apólice.

#### **4. CAPITAL SEGURADO**

- 4.1. O Capital Segurado para fins desta Cobertura é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice e vigente na data do Evento.
- 4.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.
- 4.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do Evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do resultado do exame anatomopatológico.
- 4.4. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Câncer e o aviso do sinistro, a indenização será paga ao(s) Beneficiário(s), conforme legislação vigente.

#### **5. CARÊNCIA**

- 5.1. Para os eventos decorrentes de doenças, será previsto o período de carência conforme descrito na apólice de seguro respeitando o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice.

## **6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

- 6.1. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora no item 16 “Ocorrência e Liquidação do Sinistro” das Condições Gerais deste seguro.
- 6.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.
- 6.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.
- 6.4. O Segurado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

## **7. DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 7.1. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não modificadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL REMISSÃO DE PAGAMENTO DE PRÊMIOS POR INDENIZAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER**

### **1. OBJETIVO**

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, e na eventualidade do Segurado ser indenizado por alguma neoplasia prevista na **Cobertura de Diagnóstico de Câncer**, garante ao Segurado o seu seguro remido por 2 (dois) anos contínuos, ou seja, continuará com a(s) cobertura(s) originalmente contratada(s) deste seguro sem qualquer pagamento de prêmio, exceto a Cobertura de Diagnóstico de Câncer, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, bem como observado as disposições destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da Apólice.**

### **2. DEFINIÇÕES**

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

**2.2. Neoplasia maligna:** é uma proliferação celular anormal e descontrolada de células, de diversos tipos de tecidos, que podem disseminar pela corrente sanguínea ou por meio dos vasos linfáticos, com potencial de implantação em outros órgãos e tecidos, causando metástases e que apresenta características celulares e anátomo-patológicas, macroscópicas e microscópicas de neoplasia maligna, com efeitos agressivos sobre o organismo. **Exclui-se, no entanto, desta definição para efeitos da cobertura contratada, qualquer câncer de pele, exceto o melanoma maligno.**

### **3. RISCOS EXCLUÍDOS**

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) todas as neoplasias malignas não invasivas (in situ);
- b) o câncer da próstata abaixo do Estádio III pela Classificação TNM da União Internacional Contra o Câncer traduzido pelo Instituto Nacional de Câncer – INCA em 2004;
- c) melanoma maligno com grau de invasão menor ou igual a 1,5 mm (segundo a classificação Breslow, menor que Estágio II) e

- todas as outras neoplasias da pele;
- d) qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno;
- e) qualquer neoplasia maligna oriunda do Vírus da Imunodeficiência Humana, desde que o mesmo tenha sido contraído antes da vigência do seguro;
- f) qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- g) qualquer tipo de câncer benigno;
- h) neoplasias existentes antes da data efetiva de início de vigência da Apólice.

#### **4. CAPITAL SEGURADO**

- 4.1. O Capital Segurado para fins desta Cobertura é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice e vigente na data do Evento.
- 4.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.
- 4.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do Evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do resultado do exame anátomo-patológico.
- 4.4. Decorridos os 2 (dois) anos contínuos de remissão, os prêmios correspondentes ao seguro vigente voltarão a ser cobrados, dentro da faixa etária atualizada, descontado o valor do prêmio relativo à cobertura de Diagnóstico de Câncer.
- 4.5. Estando o Segurado remido do pagamento do prêmio do seguro, pelo acionamento desta cobertura e, dentro deste período de remissão de prêmio, apresentar nova circunstância que enseje o direito de usufruir de outra cobertura de remissão: Prevalecerá aquela que proporcionar ao Segurado maior tempo de remissão, ou seja, encerra-se a contagem do tempo concedido para a primeira remissão, iniciando-se a contagem do segundo período, caso esse seja maior.

#### **5. DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 5.1. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não modificadas por esta Condição Especial.



## **CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL MORTE DO CÔNJUGE**

### **1. OBJETIVO**

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, garante ao Segurado Principal, o pagamento de uma indenização, em caso de morte do cônjuge, decorrente de causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência deste Seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, bem como observado as disposições destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da Apólice.**
- 1.2. Equipara-se ao cônjuge, o companheiro (a) do Segurado principal na forma da legislação vigente.

### **2. DEFINIÇÕES**

- 2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item 2 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

### **3. RISCOS EXCLUÍDOS**

- 3.1. **Para fins desta Condição Especial prevalecem os Riscos Excluídos indicados no item 7 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais deste seguro.**

### **4. CAPITAL SEGURADO**

- 4.1. O Capital Segurado para fins desta Cobertura é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice e vigente na data do Evento, que corresponde a até 100% (cem por cento) do capital segurado da cobertura básica deste seguro, considerando o limite de capital em função da profissão do cônjuge.
- 4.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.
- 4.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do Evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do cônjuge.
- 4.4. A indenização por morte devida por esta cobertura será paga ao

Segurado principal. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado principal e do cônjuge, os capitais segurados referentes às coberturas do Segurado Principal e do cônjuge, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

## **5. CARÊNCIA**

5.1. Para os eventos decorrentes de doenças, será previsto o período de carência conforme descrito na apólice de seguro respeitando o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice..

5.2. Não haverá aplicação de carência para os sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais, exceto se decorrente de SUICÍDIO ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme art. 798 do Código Civil.

## **6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

6.1. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora no item 16 “Ocorrência e Liquidação do Sinistro” das Condições Gerais deste seguro.

6.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.

6.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

6.4. O Segurado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

## **7. CESSAÇÃO DA COBERTURA**

7.1. Além das hipóteses previstas no item 20 das Condições Gerais, a cobertura será imediatamente cancelada nas seguintes situações:

- a) com a ocorrência de sinistro coberto por esta cláusula;
- b) com o cancelamento da apólice;
- c) com o cancelamento desta cláusula, a pedido do Segurado;
- d) com a morte do Segurado Principal;

e) com a cessação da condição de cônjuge.

## **8. DISPOSIÇÕES GERAIS**

8.1. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não modificadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL MORTE DOS FILHOS**

### **1. OBJETIVO**

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, garante ao Segurado Principal, o pagamento de uma indenização, em caso de morte do(s) seu(s) filho(s), decorrente de causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência deste Seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, bem como observado as disposições destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da Apólice.**
- 1.2. Para os efeitos desta cláusula, consideram-se incluídos na apólice, os filhos dependentes do Segurado.
- 1.3. Equiparam-se aos filhos do Segurado, seus enteados considerados seus dependentes econômicos pela Legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social.

### **2. DEFINIÇÕES**

- 2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item 2 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

### **3. RISCOS EXCLUÍDOS**

- 3.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os Riscos Excluídos indicados no item 8 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais deste seguro.

### **4. CAPITAL SEGURADO**

- 4.1. O Capital Segurado para fins desta Cobertura é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice e vigente na data do Evento, que corresponde a 10% (dez por cento) do capital segurado da cobertura básica deste seguro.
- 4.2. O valor do capital segurado indicado na apólice para a cobertura de Morte dos Filhos corresponde ao valor unitário, ou seja, aquele estabelecido para cada filho do Segurado.
- 4.3. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.
- 4.4. Para fins desta cobertura, considera-se como data do Evento, para efeito

de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do(s) filho(s).

4.5. Para o(s) filho(s) menor(es) de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas realizadas com funeral, limitado ao Capital Segurado definido na apólice, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas/notas fiscais originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- a) incluem-se, entre as despesas com funeral, as havidas com traslado; e
- b) não estão cobertas as despesas efetivadas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4.6. A indenização devida por esta cobertura será paga ao Segurado principal.

4.7. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado principal e do(s) filho(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos Segurados, principal e dependente, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

## **5. CARÊNCIA**

5.1. Para os eventos decorrentes de doenças, será previsto o período de carência conforme descrito na apólice de seguro respeitando o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice..

5.2. Não haverá aplicação de carência para os sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais, exceto se decorrente de SUICÍDIO ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme art. 798 do Código Civil.

## **6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

6.1. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora no item 16 "Ocorrência e Liquidação do Sinistro" das Condições Gerais deste seguro.

6.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.

6.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não

importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

6.4. O Segurado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

## **7. CESSAÇÃO DA COBERTURA**

7.1. Além das hipóteses previstas no item 20 das Condições Gerais, a cobertura será imediatamente cancelada nas seguintes situações:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta cláusula, a pedido do Segurado;
- c) com a morte do Segurado Principal;
- d) com a cessação da condição de dependente, conforme previsto no regulamento do Imposto de Renda.

## **8. DISPOSIÇÕES GERAIS**

8.1. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não modificadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**

### **1. OBJETIVO**

**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 1.10), proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, conforme estabelecido no item 4 das Condições Gerais, 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 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. As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

**1.1.1.** 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.

**1.1.2.** 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.

**1.2.** 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).

**1.3.** 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.

- 1.4.** 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.
- 1.5.** 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.
- 1.6.** 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.
- 1.7.** A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.
- 1.8.** As indenizações previstas para as coberturas Básica de Morte 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, da indenização pela cobertura Básica de Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.
- 1.9.** 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.
- 1.10.** 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 Importância Segurada
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

Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos 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
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente $\frac{1}{2}$ , e dos demais dedos, equivalente a $\frac{1}{3}$ 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.		

## 2. DEFINIÇÕES

2.1 Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item 2 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

## 3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os Riscos Excluídos indicados no item 7 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais deste seguro.

#### **4. CAPITAL SEGURADO**

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 acidente.

**Importante:** A constatação da Invalidez Permanente por Acidente se fará através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialização da lesão. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

#### **5. CARÊNCIA**

5.1 Não haverá aplicação de carência para os sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais, exceto se decorrente de SUICÍDIO ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme art. 798 do Código Civil.

#### **6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

6.1. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora no item 16 "Ocorrência e Liquidação do Sinistro" das Condições Gerais deste seguro.

6.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.

6.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

6.4. O Segurado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados.

#### **7. CESSAÇÃO DA COBERTURA**

7.1. Além das hipóteses previstas no item 20 das Condições Gerais, a cobertura será imediatamente cancelada nas seguintes situações:

7.1.1 com o cancelamento da apólice;

- 7.1.2. com o cancelamento desta cláusula, a pedido do Segurado;
- 7.1.3. com a morte do Segurado Principal;

## **8. DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 8.1. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não modificadas por esta Condição Especial

## **CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA**

### **1. OBJETIVO**

1.1. Consiste na possibilidade do Segurado majorar os percentuais do Capital Segurado da Cobertura de Invalidez Parcial por Acidente constante na tabela para cômputo de invalidez supracitada, de alguns membros ou órgãos, para 100% (cem por cento).

1.1.1. São membros passíveis de majoração:

- a) Perda total da visão do uso de um olho;
- b) Perda total do uso de um dos indicadores;
- c) Perda total de um dos polegares, ao nível do metacarpiano;
- d) Anquilose total de um dos cotovelos.

1.1.2. O que está coberto:

Cobre a Invalidez Permanente por Acidente Majorada em caso de lesão nos órgãos ou membros relacionados no item 1.1.1, supracitado, decorrente de acidente coberto e que ocasione Invalidez Parcial. O Segurado receberá 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

### **2. DEFINIÇÕES**

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item 2 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

### **3. RISCOS EXCLUÍDOS**

**3.1. Não está coberto a Invalidez Permanente Total Majorada do Segurado de órgãos ou membros não relacionados no item 1.1.1 ou se a invalidez for decorrente de eventos mencionados no item 7. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.**

### **4. CAPITAL SEGURADO**

**4.1.** Esta Cobertura se extingue com o pagamento do Capital Segurado de, pelo menos, um dos membros passíveis de majoração, permanecendo inalteradas as demais Coberturas contratadas na apólice.

## 5. CARÊNCIA

5.1. Não haverá aplicação de carência para os sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais, exceto se decorrente de SUICÍDIO ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme art. 798 do Código Civil.

## 6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

6.1. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora no item 16 “Ocorrência e Liquidação do Sinistro” das Condições Gerais deste seguro.

11.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.

11.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

11.4. O Segurado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

11.5. O pagamento será realizado após conclusão do tratamento ou esgotado os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, constatada e avaliada a Invalidez Permanente quando da alta médica definitiva em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto.

**Importante:** A constatação da Invalidez Permanente por Acidente se fará através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialização da lesão. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

## 7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas no item 20 das Condições Gerais, a cobertura será imediatamente cancelada nas seguintes situações:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta cláusula, a pedido do Segurado;
- c) com a morte do Segurado Principal;

## 8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- a. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não modificadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**

### **1. OBJETIVO**

1.1. Garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização ao Segurado caso venha a sofrer Invalidez Permanente Total, em consequência de acidente pessoal coberto.

### **2. DEFINIÇÕES**

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item 2 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

### **3. GARANTIAS**

3.1. Estão cobertas a perda ou a impotência funcional definitiva de pelo menos um dos conjuntos de membros ou órgãos descritos nos eventos de INVALIDEZ TOTAL da lista abaixo, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura individual deste seguro, respeitados os demais termos e condições da apólice.

INVALIDEZ TOTAL

**Perda total da visão de ambos os olhos**

**Perda total do uso de ambos os membros superiores**

**Perda total do uso de ambos os membros inferiores**

**Perda total do uso de ambas as mãos**

**Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior**

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

**Perda total do uso de ambos os pés Alienação mental total e incurável**

3.2. Esta cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

3.3. 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.

3.4. 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.

3.5. 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.

3.6. As indenizações previstas para as coberturas Básica de Morte 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, da indenização pela cobertura de Básica de Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

3.6. Ocorrerá a cessação desta cobertura com o recebimento do Capital Segurado.

#### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

4.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os Riscos Excluídos indicados no item 7 “Riscos Excluídos” das Condições Gerais deste seguro.

#### **5. CAPITAL SEGURADO**

5.1. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Especificação da Apólice e representa o limite máximo de indenização devido pela Seguradora.

5.2. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente que provocou a invalidez permanente coberta.

5.3. Só serão indenizáveis os eventos descritos como INVALIDEZ TOTAL da tabela constante na CLÁUSULA 2ª desta cobertura, que determinam indenizações de 100% do respectivo capital segurado.

#### **6. CARÊNCIA**

6.1. Não haverá aplicação de carência para os sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais, exceto se decorrente de SUICÍDIO ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro, ou



da sua recondução depois de suspenso, conforme art. 798 do Código Civil.

## **7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

7.1. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora no item 16 "Ocorrência e Liquidação do Sinistro" das Condições Gerais deste seguro.

7.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.

As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

## **8. CESSAÇÃO DA COBERTURA**

8.1. Além das hipóteses previstas no item 20 das Condições Gerais, a cobertura será imediatamente cancelada nas seguintes situações:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta cláusula, a pedido do Segurado;
- c) com a morte do Segurado Principal;

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não modificadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA**

### **1. OBJETIVO**

- 1.1. Garante ao próprio Segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua invalidez total e permanente por doença laborativa, exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato

### **2. DEFINIÇÕES**

- 2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item 2 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

### **3. GARANTIAS**

- 3.1. Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.
- 3.2. Atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a sua invalidez.
  - 3.2.1. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 3.3. Considera-se Paciente Terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 06 (seis) meses da data do diagnóstico.

A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do Segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

- 3.3.1. A invalidez por doença laborativa 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 ele a tanto se negue,
- 3.3.2. 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.
  - 3.3.3. Não podem configurar como Segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.
- 3.4. Ocorrendo a invalidez total e permanente por doença laborativa, poderá o Segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da Cobertura Básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez total e permanente por doença laborativa devidamente coberta, imediata e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do Capital Segurado.
- 3.4.1. Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.
  - 3.4.2. Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).
- 3.5. A cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa não se acumula com as coberturas básica (morte), Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

#### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

**4.1.** Além dos riscos mencionados no item 7- Riscos Excluídos, constante das Condições Gerais, considera-se também como Risco Excluído, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício da atividade laborativa principal do segurado:

a) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

b) De moléstias ou doenças de natureza, causa ou origem crônica

- decorrentes da inalação de gases e vapores;
- c) Mutilação voluntária ou premeditada;
- d) Epidemias oficialmente declaradas;
- e) Danos morais, estéticos e/ou psicológicos

## **5. CAPITAL SEGURADO**

**5.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença indicada na declaração médica.

## **6. CARÊNCIA**

6.1. Para os eventos decorrentes de doenças, será previsto o período de carência conforme descrito na apólice de seguro respeitando o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice..

6.2. Não haverá aplicação de carência para os sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais, exceto se decorrente de SUICÍDIO ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme art. 798 do Código Civil.

## **7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

- 7.1. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora no item 16 "Ocorrência e Liquidação do Sinistro" das Condições Gerais deste seguro.
- 7.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.
- 7.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.
- 7.4. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Sociedade Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

## **8. CESSAÇÃO DA COBERTURA**

- a. Além das hipóteses previstas no item 20 das Condições Gerais, a cobertura será imediatamente cancelada nas seguintes situações:
  - i. com o cancelamento da apólice;

- ii. com o cancelamento desta cláusula, a pedido do Segurado;
- iii. com a morte do Segurado Principal;
- iv. com a cessação da condição de dependente, conforme previsto no regulamento do Imposto de Renda.

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não modificadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA**

### **1. OBJETIVO**

- 1.1. Garante o pagamento antecipado do capital segurado, desde que contratado, da cobertura básica ao próprio segurado, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, durante a vigência do seguro e conseqüente de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 7 – Riscos Cobertos–desta condição, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

### **2. DEFINIÇÕES**

- 2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item 2 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

### **3. GARANTIAS**

- 3.1. Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença aquela que cause a perda da existência independente do Segurado.
- 3.2. Para todos os efeitos desta cobertura é considerada perda da existência independente do Segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nas Condições Gerais e/ou Especiais do Seguro
- 3.3. Está coberta a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de **transferência** corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
  - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
  - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
  - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
  - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado. Considera-se Paciente Terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 6 (seis) meses da data do diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevivência do segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
  - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
  - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
  - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 3.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Permanente e Total por Doença Funcional.
- 3.5. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.
- 3.6. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Abaixo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 3.7. O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

**DOCUMENTO 1**  
**TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E**  
**ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS**

Atributos	Escala	Pontos
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	0
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	0
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO(CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20



CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1° GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	0
	2° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

3.8. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita

## DOCUMENTO 2

### TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	2
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	2
HÁ OU HOUE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	4
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE	4
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRAATARIEDADE TERAPÊUTICA.	8

3.9. Ocorrendo a invalidez total e permanente por doença funcional, poderá o Segurado requerer o pagamento do Capital Segurado contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez

funcional total e permanente por doença devidamente coberta, imediata e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do Capital Segurado.

3.10. Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o Seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais, sem qualquer devolução de prêmios.

3.10.1. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença não se acumula com a cobertura básica (morte), Indenização Especial por Morte Acidental (IEA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

#### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

4.1. Além dos riscos mencionados no item 7- Riscos Excluídos, constante das Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

- a) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- c) De moléstias ou doenças de natureza, causa ou origem crônica decorrentes da inalação de gases e vapores;
- d) Mutilação voluntária ou premeditada;
- e) Epidemias oficialmente declaradas;
- f) Danos morais, estéticos e/ou psicológicos.

#### **5. CAPITAL SEGURADO**

5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença indicada na declaração médica.

## **6. CARÊNCIA**

6.1. Para os eventos decorrentes de doenças, será previsto o período de carência conforme descrito na apólice de seguro respeitando o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice..

6.2. Não haverá aplicação de carência para os sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais, exceto se decorrente de SUICÍDIO ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme art. 798 do Código Civil.

## **7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

7.1. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora no item 16 “Ocorrência e Liquidação do Sinistro” das Condições Gerais deste seguro.

7.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.

7.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

7.4. Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).

## **8. CESSAÇÃO DA COBERTURA**

8.1. Além das hipóteses previstas no item 20 das Condições Gerais, a cobertura será imediatamente cancelada nas seguintes situações:

- a. com o cancelamento da apólice;
  - i. com o cancelamento desta cláusula, a pedido do Segurado;
  - ii. com a morte do Segurado Principal;
  - iii. com a cessação da condição de dependente, conforme previsto no regulamento do Imposto de Renda.

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não modificadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS**

### **1. OBJETIVO**

- 1.1. O objetivo desta cobertura é garantir ao segurado o reembolso, limitado ao valor do capital segurado, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes exclusivamente de acidentes pessoais não considerados como riscos excluídos e ocorridos durante a vigência do seguro, efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal.
- 1.2. O segurado terá direito à livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- 1.3. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico.

### **2. DEFINIÇÕES**

- 2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item 2 “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

### **3. RISCOS EXCLUÍDOS**

- 3.1. Além dos riscos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando as despesas médicas, hospitalares e odontológicas do segurado resultarem de:
  - a. acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, relacionado com as despesas médicas, hospitalares ou odontológicas;
  - b. acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação

- do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c. intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de riscos excluídos;
  - d. todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
  - e. autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica;
  - f. estados de convalescença (após a alta médica);
  - g. despesas de acompanhantes;
  - h. internação por senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;
  - i. aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
  - j. hospitalização para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
  - k. cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por riscos não excluídos pelo seguro;
  - l. tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
  - m. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
  - n. quaisquer doenças;
  - o. 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, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
  - p. luxações recidivantes de qualquer articulação;
  - q. instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
  - r. ceratomia (cirurgia para correção da miopia).

#### **4. ÂMBITO GEOGRÁFICO**

Esta cobertura é válida somente para as despesas ocorridas em território

brasileiro.

## **5. CAPITAL SEGURADO**

**5.1.** O Capital Segurado para a Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas corresponderá à porcentagem do Capital Segurado para a Cobertura de Morte, conforme indicado na Proposta de Contratação.

**5.2.** A reintegração do Capital Segurado desta Cobertura é automática após cada Evento Coberto, sem a cobrança de Prêmio adicional.

## **6. CARÊNCIA**

6.1. Para os eventos decorrentes de doenças, será previsto o período de carência conforme descrito na apólice de seguro respeitando o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice.

6.2. Não haverá aplicação de carência para os sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais, , exceto se decorrente de SUICÍDIO ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme art. 798 do Código Civil.

## **7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

7.1. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora no item 16 “Ocorrência e Liquidação do Sinistro” das Condições Gerais deste seguro.

7.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.

7.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

7.4. O Segurado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

## **8. CESSAÇÃO DA COBERTURA**

a. Além das hipóteses previstas no item 20 das Condições Gerais, a cobertura será imediatamente cancelada nas seguintes situações:

- i. com o cancelamento da apólice;
- ii. com o cancelamento desta cláusula, a pedido do Segurado;
- iii. com a morte do Segurado Principal;

- iv. com a cessação da condição de dependente, conforme previsto no regulamento do Imposto de Renda.

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não modificadas por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ POR DOENÇA CONGÊNITA**

### **1. OBJETIVO**

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado, desde que contratado, ao próprio segurado quando constatada doença congênita do filho do segurado quando do nascimento, respeitando o prazo de carência, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

### **2. DEFINIÇÕES**

- 2.1. Doenças Congênitas: aquelas que nascem com o indivíduo, resultante da má formação do organismo detectada no primeiro mês de vida, sejam qual for a sua causa.

### **3. RISCOS EXCLUÍDOS**

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Doenças Congênitas:
  - a) eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período de gestação;
  - b) defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;
  - c) decorrentes pelo mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde.

### **4. CAPITAL SEGURADO**

- 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, início de vigência da apólice.

## **5. CARÊNCIA**

5.1. Para os eventos decorrentes de doenças, será previsto o período de carência conforme descrito na apólice de seguro respeitando o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice.

## **6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

6.1. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora no item 16 "Ocorrência e Liquidação do Sinistro" das Condições Gerais deste seguro.

6.1. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.

6.2. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

6.3. O Segurado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

## **7. CESSAÇÃO DA COBERTURA**

Além das hipóteses previstas no item 20 das Condições Gerais, a cobertura será imediatamente cancelada nas seguintes situações:

- i.com o cancelamento da apólice;
- ii.com o cancelamento desta cláusula, a pedido do Segurado;
- iii.com a morte do Segurado Principal;
- iv.com a cessação da condição de dependente, conforme previsto no regulamento do Imposto de Renda.

## **8. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não modificadas por esta Condição Especial.



## **CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES**

### **1. OBJETIVO**

- 1.1. Pelo presente contrato de Seguro a Seguradora obriga-se a garantir o interesse legítimo do Segurado, no que se refere ao pagamento de um Capital Segurado em decorrência de diagnóstico de uma das doenças graves devidamente especificadas e caracterizadas, conforme previsto nestas condições, desde que não esteja abrangida pela Cláusula 7 - Riscos Excluídos e respeitadas as demais condições contratuais.

### **2. DEFINIÇÕES**

- 2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “2. Definições” das Condições Gerais deste seguro.

### **3. GARANTIAS**

- 3.1. Este Seguro prevê como garantia a cobertura de doenças graves.
- 3.2. A cobertura de doenças graves, observado o disposto na Cláusula 7 - Dos Riscos Excluídos, garante ao Segurado o pagamento de um capital em caso de diagnóstico positivo de uma das doenças graves cobertas, durante o período de Vigência.
- 3.3. Para fins desta cobertura são consideradas doenças graves as seguintes patologias:
- a) Acidente Vascular Cerebral (AVC): diagnóstico de acidente vascular cerebral, isquêmico ou hemorrágico com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, desde que cause seqüela neurológica definitiva ou morte comprovada do tecido cerebral;
  - b) Cirurgia Coronariana: diagnóstico de insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), que resulte da necessidade de realização de cirurgia de forma a restabelecer o fluxo sanguíneo adequado ao músculo cardíaco;
  - c) Insuficiência Renal Crônica: diagnóstico de falência funcional de ambos os rins, de caráter permanente e irreversível, e estar realizando diálise peritoneal e/ou hemodiálise permanente ou transplante;
  - d) Neoplasia: diagnóstico de tumor maligno, caracterizado pelo crescimento anormal de células, com indicação de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia; e
  - e) Transplante de Órgãos Vitais: transplante de coração, fígado, medula óssea, pâncreas ou pulmão, desde que o transplante seja comprovado como único recurso para recuperação do órgão afetado.

#### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

4.1. Estão excluídas da garantia de doenças graves os seguintes eventos:

- a) Acidente Vascular Cerebral: ataques isquêmicos transitórios, qualquer alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral, lesão cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
- b) Cirurgia Coronariana: angioplastia e qualquer outro tipo de cirurgia cardíaca que não vise à correção de insuficiência coronariana;
- c) Insuficiência Renal Crônica: insuficiência renal aguda e/ou crônica que não necessite de diálise peritoneal ou hemodiálise;
- d) Neoplasia: melanoma não invasivo ou classificado in situ, incluindo displasia cervical e outras lesões pré-neoplásicas, câncer de pele se não for melanoma maligno, carcinoma basocelular e espinocelular, Sarcoma de Kaposi e outros tumores associados a AIDS, hiperplasia benigna da próstata e qualquer tipo de leucemia;
- e) Transplante de Órgãos Vitais: transplante de tecidos, qualquer autotransplante, demais órgãos ou células exceto os transplantes cobertos previstos na Cláusula 2 - Da Garantia do Seguro.

4.2. Além dos eventos excluídos no subitem anterior, estão expressamente excluídos da garantia deste Seguro a doença ou os danos físicos ocorridos em consequência, direta ou indireta:

- a) 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 ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes;
- b) do uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- c) de Doenças Preexistentes à contratação do Seguro que já eram de conhecimento do Segurado e que não foram declaradas na Proposta de Contratação;
- d) do suicídio voluntário ou involuntário, premeditado ou não, ou sua tentativa, caso ocorra nos 2 (dois) primeiros anos de Vigência da Contratação da Apólice ou da solicitação de aumento de Capital Segurado, no que diz respeito a diferença de Capital Segurado contratado, conforme determinado pela legislação em vigor; e
- e) de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave do Segurado ou representante legal de um ou de outro.

4.3. Não se considera risco excluído a incapacidade do Segurado proveniente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação do serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de

outrem.

## **5. CAPITAL SEGURADO**

5.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice do Seguro.

5.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

5.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, início de vigência da apólice.

## **6. CARÊNCIA**

6.1. Para os eventos decorrentes de doenças, será previsto o período de carência conforme descrito na apólice de seguro respeitando o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice.

## **7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

7.1. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora no item 16 "Ocorrência e Liquidação do Sinistro" das Condições Gerais deste seguro.

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

7.2. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

7.3. O Segurado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

## **8. CESSAÇÃO DA COBERTURA**

- a. Além das hipóteses previstas no item 20 das Condições Gerais, a cobertura será imediatamente cancelada nas seguintes situações:
  - i. com o cancelamento da apólice;
  - ii. com o cancelamento desta cláusula, a pedido do Segurado;
  - iii. com a morte do Segurado Principal;
  - iv. com a cessação da condição de dependente, conforme previsto no regulamento do Imposto de Renda.

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não modificadas por esta Condição Especial.