



Condições Gerais e Especiais

**Youse | Seguro Vida**

CNPJ: 34.020.354/0001-10

Processo Susep nº 15414.900041/2016-89

Versão: Novembro/2025

## Sumário

CLÁUSULA 1ª – INFORMAÇÕES PRELIMINARES .....	3
CLÁUSULA 2ª – APRESENTAÇÃO .....	4
CLÁUSULA 3ª – OBJETIVO DO SEGURO .....	4
CLÁUSULA 4ª – TIPO DE CONTRATAÇÃO .....	4
CLÁUSULA 5ª – DEFINIÇÕES .....	5
CLÁUSULA 6ª – ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS.....	10
CLÁUSULA 7ª – COBERTURAS DO SEGURO.....	10
CLÁUSULA 8ª – RISCOS EXCLUÍDOS .....	11
CLÁUSULA 9ª – ACEITAÇÃO DO SEGURO .....	13
CLÁUSULA 10ª – VIGÊNCIA .....	16
CLÁUSULA 11ª – RENOVAÇÃO.....	16
CLÁUSULA 12ª – PERÍODO DE CARÊNCIA E FRANQUIA.....	17
CLÁUSULA 13ª – PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO E INADIMPLÊNCIA.....	18
CLÁUSULA 14ª – CAPITAL SEGURADO .....	19
CLÁUSULA 15ª – ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO CAPITAL SEGURADO E REAJUSTE DO PRÊMIO POR REENQUADRAMENTO ETÁRIO .....	20
CLÁUSULA 16ª – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS .....	23
CLÁUSULA 17ª – OCORRÊNCIA, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO .....	25
CLÁUSULA 18ª – REINTEGRAÇÃO .....	38
CLÁUSULA 19ª – BENEFICIÁRIOS .....	38
CLÁUSULA 20ª – RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO .....	40
CLÁUSULA 21ª – PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO .....	41
CLÁUSULA 22ª – FORO .....	44
CLÁUSULA 23ª – PRESCRIÇÃO .....	44
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA BÁSICA MORTE POR CAUSAS NATURAIS E ACIDENTES .....	44
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (IEA) .....	46

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (PRDI).....	48
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL REMISSÃO DE PAGAMENTO DE PRÊMIOS POR PERDA DE RENDA EM CASO DE DESEMPREGO .....	52
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DIAGNÓSTICO DE CÂNCER.....	56
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL REMISSÃO DE PAGAMENTO DE PRÊMIOS POR INDENIZAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER .....	58
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL MORTE DO CÔNJUGE.....	60
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL MORTE DOS FILHOS .....	63
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.....	66
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA.....	72
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE .....	75
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA .....	78
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA .....	82
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS.....	90
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ POR DOENÇA CONGÊNITA .....	93
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES .....	95

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

### CLÁUSULA 1ª – INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1 Este plano de seguro é garantido pela Caixa Seguradora S.A. CNPJ 34.020.354/0001-10;
- 1.2 A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco;
- 1.3 O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP;
- 1.4 As condições contratuais deste seguro, redigidas em língua portuguesa, estão disponíveis no site [www.youse.com.br](http://www.youse.com.br) e também no site da SUSEP <https://www.gov.br/susep/pt-br>.
- 1.5 O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br);
- 1.6 Para casos não previstos nestas Condições, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil;
- 1.7 A utilização de meios remotos na emissão desta apólice garante ao Segurado a possibilidade de impressão do documento e, a qualquer tempo, o fornecimento de sua versão física, mediante solicitação à Seguradora;
- 1.8 Estas Condições Gerais estabelecem os direitos e as obrigações desta Seguradora, dos Segurados do plano e de seu(s) Beneficiário(s);
- 1.9 Proteção de dados pessoais Caixa Seguradora S.A., empresa integrante da CNP Seguros Holding Brasil, declara que, para o desempenho das atividades objeto do presente contrato e o cumprimento de obrigações regulatórias da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e legais, conforme a lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), realizará as tarefas relativas

ao tratamento dos dados pessoais do cliente e beneficiários, por si só ou pelas empresas parceiras, no que se refere às informações relacionadas aos dados coletados na proposta, pelo prazo de duração deste contrato e pelos prazos legais e regulatórios estabelecidos, contados do término do contrato. Seus dados pessoais podem ser utilizados também na hipótese de haver o legítimo interesse da CNP Seguros Holding e de suas empresas coligadas, sempre respeitando a sua expectativa quanto a esse uso. Havendo qualquer alteração não prevista no tratamento dos dados pessoais coletados, a CNP Seguros Holding informará ao cliente. Para obter mais detalhes sobre como utilizamos seus dados pessoais, sobre os parceiros envolvidos e para exercer os direitos listados na LGPD o cliente pode acessar nossa Política de Privacidade, publicada no site [www.cnpbrasil.com.br](http://www.cnpbrasil.com.br).

## **CLÁUSULA 2ª – APRESENTAÇÃO**

- 2.1 Este Plano de Seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, na modalidade de Benefício Definido, descrito nestas Condições Gerais.
- 2.2 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.

## **CLÁUSULA 3ª – OBJETIVO DO SEGURO**

- 3.1 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.

## **CLÁUSULA 4ª – TIPO DE CONTRATAÇÃO**

4.1 O plano de contratação do presente seguro é individual.

## **CLÁUSULA 5ª – DEFINIÇÕES**

5.1 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:

**Aceitação:** Ato de aprovação, pela Seguradora, de proposta a ela submetida para a contratação de seguro.

**Acidente Pessoal:** evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária do Segurado ou que torne necessário tratamento médico observando-se que:

**i. Incluem-se nesse conceito de Acidente Pessoal:**

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de Indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor, ocorridos nos 2(dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro;
- 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.

**ii. Excluem-se desse conceito de Acidente Pessoal:**

- 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 Osteomusculares 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 “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz por acidente pessoal.

**Agravamento de Risco:** Circunstâncias que aumentam, de forma significativa e continuada, a intensidade ou a probabilidade de ocorrência do risco assumido pela Seguradora e devem ser informadas à Seguradora sob pena de perda do direito à garantia.

**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.

**Apólice:** Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual).

**Aviso de Sinistro:** Comunicação específica de um sinistro, que o Segurado, seu representante legal ou Beneficiário é obrigado 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.

**Beneficiário:** Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos Capitais Segurados, na hipótese de ocorrência do Sinistro.

**Cancelamento da Apólice:** Ato pelo qual a apólice será cancelada antes da data prevista para término de sua vigência.

**Capital Segurado:** Valor máximo de indenização para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

**Carência:** Período 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.

**Coberturas de Risco:** Coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada.

**Condições Contratuais:** Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

**Dano estético:** É todo e qualquer dano físico/corporal causado por sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, implique redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética.

**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 à sua dignidade, como também de sua família.

**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.

**Desemprego:** Perda do emprego formal, involuntariamente (demissão sem justa causa), permanecendo sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal.

**Documentos Contratuais:** a apólice, o certificado individual e o endosso.

**Doenças e acidentes preexistentes:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado em data anterior à data da contratação do seguro, de conhecimento do Proponente e não declaradas na Proposta de Contratação/Questionário de Avaliação de Risco. A omissão dessas Doenças ou Lesões, por ocasião da contratação do seguro, ensejará a perda de direito às Coberturas previstas na Apólice.



**Endosso:** documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

**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.

**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 às suas consequências.

**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.

**Início de Vigência:** Data e hora a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas por esta Seguradora.

**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.

**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 consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte desta seguradora.**

**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 satélite, entre outras.

**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.

**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.

**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.

**Proposta:** Documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro.

**Questionário de Avaliação do Risco:** Formulário a ser preenchido para a contratação do seguro, fornecendo as informações necessárias à aceitação da Proposta de Contratação e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio. A prestação de informações inverídicas ou incompletas no Questionário de Avaliação do Risco, ou, ainda, a omissão de informações que possam influir na aceitação da Proposta ou na taxa do prêmio, poderá acarretar a perda da garantia, sem prejuízo do pagamento do Prêmio e da obrigação de ressarcimento das despesas efetuadas pela Seguradora, na forma prevista nas Condições Gerais.

**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.

**Riscos Excluídos:** São aqueles riscos não cobertos pelo seguro, conforme previstos nestas condições gerais e condições especiais.

**Saldamento:** Interrupção definitiva do pagamento dos prêmios, mantendo-se o direito à percepção proporcional do capital segurado contratado pela vigência original.

**Segurado:** Pessoa física que mantém o contrato de seguro com a Seguradora.

**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.

**Sinistro:** Ocorrência do risco coberto durante o período de cobertura ou vigência do seguro contratado.

**Vigência:** Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

## CLÁUSULA 6ª – ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

- 6.1 As coberturas deste plano de seguro são válidas em todo o globo terrestre, **exceto para as coberturas de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, perda de renda por desemprego involuntário e remissão de pagamentos por desemprego involuntário, cuja cobertura é exclusiva para o território nacional.**

## CLÁUSULA 7ª – COBERTURAS DO SEGURO

- 7.1 **Este** plano disponibiliza as seguintes coberturas para contratação:

### 7.1.1 Cobertura Básica

- a) Morte por Causas Naturais e Acidentais

### 7.1.2 Coberturas Adicionais

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

- 7.2 Para efeito deste seguro é obrigatória a contratação da cobertura básica.

- 7.3 As coberturas dispostas no item 7.1.2 não poderão ser contratadas isoladamente, ou seja, sem a contratação da cobertura básica.

## **CLÁUSULA 8ª – RISCOS EXCLUÍDOS**

- 8.1 **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, prestação de serviço público essencial ou em caso de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, e erupções vulcânicas.;**
- 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 o artigo 120 da Lei nº 15.040/2024;**
- h) **Danos causados por atos ilícitos culposos ou 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 do**

trabalho, da prestação de serviços militar, de atos humanitários, da utilização de meios de transporte mais arriscado, ou da prática desportiva.

- 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 lesões ou doenças preexistentes à contratação do seguro, que sejam de conhecimento do Segurado e não tenham sido declaradas na Proposta ou no Questionário de Avaliação de Risco;
- q) Doação intervivos;
- r) Transplante intervivos, exceto nas situações passíveis de pagamento previstas na cobertura de Doenças Graves, quando contratada;
- 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 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) 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;

- v) **Danos materiais: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos 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;**
- w) **Lucros cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável;**
- x) **Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de Agravamento de Risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado.**

## **CLÁUSULA 9ª – ACEITAÇÃO DO SEGURO**

- 9.1 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.
  - 9.1.1 São elegíveis às coberturas deste seguro todas as pessoas físicas com idade mínima de 16 (dezesesseis) anos e máxima de 70 (setenta) anos, desde que preencham o Questionário de Avaliação de Risco, quando aplicável, de forma verdadeira e completa, na data da contratação do seguro.
  - 9.1.2 É admitida a contratação do seguro por meios remotos.
- 9.2 O pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta de Contratação.
- 9.3 Na Proposta de Contratação deverão ser prestadas pelo Proponente todas as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o Questionário de Análise de Risco que lhe submeta a Seguradora, sob pena de perda do direito a qualquer indenização.
  - 9.3.1 **O Proponente é obrigado a declarar, sob pena de nulidade do contrato, seu interesse sobre a vida e a incolumidade do Segurado. Presume-se o interesse quando o Segurado for cônjuge, companheiro, ascendente ou descendente do terceiro cuja vida ou integridade física seja objeto do Seguro celebrado.**

- 9.3.2 O Proponente e os terceiros intervenientes no contrato, ao responderem ao Questionário de Avaliação de Risco, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.**
- 9.4 A Seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifica a Proposta de Contratação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.**
- 9.5 A Seguradora terá o prazo de até 15 (quinze) dias corridos para manifestar-se sobre a aceitação da Proposta de Contratação, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, da mesma forma para alterações que impliquem modificação do risco. Haverá cobertura provisória para sinistros ocorridos durante o prazo de análise do risco, a partir do início de vigência declarado na proposta. A data de emissão da apólice será considerada como a data de aceitação do risco.**
- 9.5.1 Configura-se igualmente a aceitação da proposta pela prática de atos inequívocos, tais como o recebimento integral ou parcial do prêmio ou sua respectiva cobrança pela Seguradora.**
- 9.5.1.2 Ressalvam-se, contudo, as regras aplicáveis à cobertura provisória, nos termos dos itens 9.5 e 9.10. Nesta modalidade, o prêmio é recebido antes da aceitação formal do risco para garantir a cobertura temporária, remanescendo à Seguradora a prerrogativa de, em momento posterior, recusar o risco proposto. Considera-se igualmente aceita a proposta pela prática de atos inequívocos, como o recebimento total ou parcial do prêmio ou sua cobrança pela Seguradora, ressalvada as regras de cobertura provisória, em que o prêmio será recebido antes da aceitação, garantia a cobertura provisória, podendo a seguradora não aceitar o risco posteriormente, em observância aos itens 9.5 e 9.10.**
- 9.6 A Seguradora, dentro do prazo estabelecido de 15 (quinze) dias, poderá solicitar esclarecimentos, exames periciais e documentos complementares, para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias será interrompido, reiniciando-se a partir do primeiro dia útil**

subsequente à data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.

- 9.7 A não aceitação da Proposta de Contratação, será comunicada, por escrito, ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, justificando a recusa.**
- 9.8 A ausência de manifestação da Seguradora, no prazo previsto no item 9.5, caracterizará a aceitação tácita do seguro.**
- 9.9 Nos casos de recusa de proposta, a cobertura provisória cessará após a comunicação formal da recusa pela Seguradora. Nesse caso, haverá a restituição da diferença entre os valores eventualmente pagos e o valor correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura provisória atualizada monetariamente conforme previsto na Cláusula “ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS”, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da data da formalização da recusa. Ultrapassado os 10 (dez) dias, a Seguradora devolverá o prêmio pago pelo Segurado devidamente corrigido, conforme estabelecido pela Cláusula 16<sup>a</sup> – Atualização Monetária das Obrigações Contratuais.**
- 9.10 A emissão/disponibilização da Apólice, do Endosso ou de qualquer outro documento comprobatório do contrato será realizada em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de aceitação da Proposta.**
- 9.11 A data de aceitação da Proposta será a data de emissão/disponibilização da Apólice ou a data de término do prazo previsto na cláusula 9.5, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.**
- 9.12 Na hipótese de apresentação de Proposta com pagamento antecipado de Prêmio, total ou parcial, o período de vigência da Apólice será considerado iniciado a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora, em cobertura provisória, até que a Seguradora aceite, ou não, o risco.**
- 9.13 Fica estabelecido que a garantia provisória oferecida a partir do recebimento da Proposta com o adiantamento do Prêmio não obriga a Seguradora a aceitar**



definitivamente a referida Proposta.

- 9.14 Em caso de recusa da Proposta, a cobertura securitária permanecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o Proponente, seu representante legal, ou o Corretor de Seguros tiver conhecimento formal da recusa.
- 9.15 **Formalizada a recusa, o valor do adiantamento a que se refere o item 9.13 será restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura e do valor das despesas de contratação, de forma atualizada.**
- 9.16 Havendo a aceitação da Proposta de Contratação, o período de cobertura provisória, se houver, será considerado como de efetiva vigência.
- 9.17 Não há presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta ou do Questionário de Análise do Risco, tampouco daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente.

#### **CLÁUSULA 10ª – VIGÊNCIA**

- 10.1 O contrato de seguro vigorará pelo prazo estabelecido na apólice.
- 10.2 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.

#### **CLÁUSULA 11ª – RENOVAÇÃO**

- 11.1 A primeira renovação deste seguro será automática, por igual período ao originalmente pactuado na apólice, salvo se o Segurado ou Seguradora se manifestar em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do final da vigência da Apólice.
- 11.2 A Seguradora informará ao Segurado, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias do vencimento do seguro, sua decisão de não renovar a Apólice ou as

eventuais modificações que pretenda implementar para fins de renovação.

- 11.3 O Segurado poderá recusar o novo contrato a qualquer tempo antes do início de sua vigência, comunicando expressamente sua decisão à Seguradora ou simplesmente deixando de efetuar o pagamento da única ou da primeira parcela do Prêmio.
- 11.4 A renovação automática prevista no item 11.1 só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Segurado e da Seguradora.
- 11.4.1. Se a seguradora for omissa, em relação ao previsto no item 11.1, o contrato será automaticamente renovado.
- 11.5 O seguro vigorará pelo prazo determinado na apólice, e é facultativa a não renovação na data de vencimento, respeitando o disposto no item 11.2.
- 11.6 Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

## **CLÁUSULA 12ª – PERÍODO DE CARÊNCIA E FRANQUIA**

- 12.1 **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.**
- 12.2 **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.**
- 12.2.1 **Quando o segurado aumentar o capital, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio no prazo previsto no caput deste artigo.**
- 12.2.2 **É vedada a fixação de novo prazo de carência, nas hipóteses de renovação e de substituição do contrato, ainda que seja outra a seguradora.**

**12.2.3 O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência.**

**12.3 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.**

**12.3.1 Ocorrendo o sinistro no prazo de carência, a Seguradora é obrigada a entregar ao segurado ou ao beneficiário o valor do prêmio pago, se houver.**

**12.4 Quando previsto nas respectivas Condições Especiais, a franquia representa, por evento, o período inicial, contado em dias, durante o qual o Segurado não estará coberto. O Segurado só terá direito a indenização referente aos dias que excederem o prazo determinado como período de franquia.**

### **CLÁUSULA 13ª – PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO E INADIMPLÊNCIA**

**13.1 A periodicidade do pagamento do prêmio é mensal e sua efetivação se dará por meio de boleto bancário, débito em conta corrente ou cartão de crédito, conforme acordo entre as partes contratantes.**

**13.2 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.**

**13.3 O não pagamento da prestação única ou da primeira parcela do prêmio implicará o cancelamento da apólice de pleno direito, desde o início de vigência.**

**13.4 O não pagamento de qualquer parcela subsequente à primeira, suspenderá a garantia contratual, sem prejuízo do direito da Seguradora de cobrar o prêmio devido, após notificação do segurado concedendo-lhe prazo não inferior a 15 (quinze) dias, contado do recebimento da notificação, para a purgação da mora.**

**13.5 A notificação deve ser feita por qualquer meio idôneo que comprove o seu recebimento pelo segurado e conter as advertências de que o não pagamento**

no novo prazo suspenderá a garantia e de que, não purgada a mora, a Seguradora não efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga.

- 13.6 Caso o Segurado recuse o recebimento da notificação ou não seja encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo de 15 (quinze) dias será contado da data da frustração da notificação.
- 13.7 O cancelamento (resolução) do contrato, salvo quando decorrente de inadimplência da prestação única ou da primeira parcela do prêmio, dependerá de notificação prévia ao Segurado e somente poderá ocorrer em prazo não inferior a 30 (trinta) dias após a suspensão da garantia.
- 13.8 A resolução do contrato libera integralmente a Seguradora de quaisquer responsabilidades por sinistros ou despesas de salvamento ocorridos após essa data.
- 13.9 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.

#### **CLÁUSULA 14ª – CAPITAL SEGURADO**

- 14.1 O Capital Segurado para cada Cobertura contratada e dispostas nas Condições Especiais será estabelecido na respectiva Proposta de Contratação e na Apólice.
  - 14.1.1 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.
- 14.2 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;

- 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) Para a Cobertura de Morte do Cônjuge é a data do falecimento do Cônjuge;
- f) Para a Cobertura de Morte dos Filhos é a data do falecimento do Filho;
- g) Para a cobertura de invalidez não consequente de acidente, a data indicada na declaração médica;

14.3 Os capitais segurados devidos em razão de morte ou de perda da integridade física não implicam sub-rogação, quando pagos, e são impenhoráveis.

#### **CLÁUSULA 15ª – ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO CAPITAL SEGURO E REAJUSTE DO PRÊMIO POR REENQUADRAMENTO ETÁRIO**

- 15.1 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.
- 15.2 As taxas das coberturas deste seguro serão calculadas de acordo com as características e/ou idade do Segurado, obedecendo a forma e os percentuais estabelecidos nas disposições deste contrato.
- 15.3 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.

- 15.4 Anualmente, no mês de aniversário da apólice, os prêmios mensais relativos às coberturas de Morte por Causas Naturais e Acidentais do Segurado e Cônjuge, serão reajustados, considerando o percentual de reajuste em função do reenquadramento do Segurado e Cônjuge respectivamente, pela sua nova idade, de acordo com a tabela a seguir apresentada:

Tabela de Reenquadramento Etário		
Idade	% De Ajuste por Reenquadramento – Gênero Masculino	% De Ajuste por Reenquadramento – Gênero Feminino
16	-	-
17	2,91%	7,55%
18	3,03%	7,02%
19	3,53%	6,56%
20	3,98%	6,54%
21	4,37%	6,14%
22	4,54%	6,12%
23	4,67%	5,77%
24	4,78%	5,76%
25	4,41%	5,16%
26	4,08%	4,90%
27	3,36%	4,68%
28	2,71%	3,97%
29	2,11%	3,82%
30	1,29%	3,45%
31	0,64%	2,89%
32	0,00%	2,81%
33	0,13%	2,52%
34	0,13%	2,46%
35	0,13%	3,00%

36	0,25%	3,69%
37	3,65%	4,49%
38	5,95%	5,73%
39	8,37%	6,78%
40	10,37%	7,46%
41	11,98%	8,12%
42	13,18%	8,74%
43	13,84%	9,05%
44	13,95%	9,45%
45	13,59%	9,79%
46	12,83%	10,07%
47	12,06%	10,37%
48	11,25%	10,50%
49	10,51%	10,57%
50	9,97%	10,47%
51	9,52%	10,41%
52	9,13%	10,12%
53	8,82%	9,96%
54	8,47%	9,67%
55	8,07%	9,53%
56	7,64%	9,36%
57	7,25%	9,22%
58	6,89%	9,09%
59	6,85%	9,20%
60	7,11%	9,47%
61	7,59%	9,87%
62	8,22%	10,26%
63	8,92%	10,64%
64	9,62%	10,73%
65	10,28%	10,56%

66	10,87%	10,22%
67	11,36%	9,79%
68	11,70%	9,39%
69	11,78%	9,42%
70	11,65%	9,86%
71	11,37%	10,52%
72	11,00%	11,31%
73	10,62%	12,06%
74	10,36%	12,57%
75	10,24%	12,84%
76	10,19%	12,91%
77	10,20%	12,84%
78	10,22%	12,70%
79	10,19%	12,60%
80	10,13%	12,55%
81	10,02%	12,51%
82	9,88%	12,46%
83	9,73%	12,40%
84	9,58%	12,38%
85	9,42%	12,38%
86	9,27%	12,37%
87	9,11%	12,35%
88	8,95%	12,24%
89	8,74%	11,87%
90	8,49%	11,30%

## CLÁUSULA 16ª – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS

16.1 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.

- 16.2 Os valores devidos a título de devolução de prêmios, sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 16.5 desta cláusula, a partir da data em que se tornarem exigíveis:
- a) 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;
  - b) No caso de recebimento indevido do prêmio: a partir da data de recebimento do respectivo prêmio pela Sociedade Seguradora;
  - c) No caso de recusa da proposta de seguro: a partir da data do recebimento do prêmio;
- 16.3 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, em observância ao item 16.7.
- 16.4 Quando a indenização for paga sob a forma de reembolso de despesas, a data de exigibilidade para fins de atualização monetária é a data do efetivo dispêndio pelo segurado ou beneficiário.
- 16.5 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.
- 16.6 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.
- 16.7 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.

**CLÁUSULA 17ª – OCORRÊNCIA, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO**

- 17.1 Em caso de sinistro coberto por este contrato, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverão comunicar o sinistro à Seguradora logo que dele saibam e apresentar os elementos que indiquem a ocorrência da lesão ao interesse garantido. Caberá à Seguradora, se for o caso, provar que a lesão não existiu ou que não foi consequência dos riscos predeterminados no contrato.
- 17.1.1 A regulação e a liquidação do sinistro, que visam a identificar as causas e os efeitos do fato comunicado e a quantificar os valores devidos, cabem exclusivamente à Seguradora. A Seguradora poderá contratar reguladores e liquidantes, que deverão atuar como probidade e celeridade, sendo certo que a decisão final sobre a cobertura e o valor devido caberá sempre à Seguradora.
- 17.1.2 A reclamação de pagamento por sinistro, feita pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo terceiro prejudicado, determinará a prestação dos serviços de regulação e liquidação, que têm por objetivo identificar as causas e os efeitos do fato comunicado e quantificar em dinheiro os valores devidos pela Seguradora.
- 17.2 As despesas com a apresentação dos documentos básicos para a comunicação do sinistro e para a prova de identificação e legitimidade correrão por conta dos interessados. Todas as demais despesas com a regulação e liquidação do sinistro serão de responsabilidade da Seguradora.
- 17.3 A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre a existência de cobertura, contado a partir da data de apresentação do aviso de sinistro ou da reclamação, devidamente acompanhados de todos os documentos básicos necessários à análise.
- 17.4 Os documentos exigidos para a decisão sobre a cobertura constam expressamente da Cláusula 17.20.
- 17.5 De forma justificada, a Seguradora ou o regulador do sinistro poderão solicitar documentos complementares ao Segurado, desde que seja possível sua apresentação.

- 17.6 A recusa de cobertura deverá ser formal, expressa e motivada.
- 17.7 Reconhecida a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias.
- 17.8 Os documentos necessários à quantificação da indenização estão previstos na Cláusula 17.20 e seguintes.
- 17.9 De forma justificada, a Seguradora ou o regulador do sinistro poderão solicitar documentos complementares ao Segurado, desde que seja possível sua apresentação.
- 17.10 A solicitação de documentos complementares suspenderá o prazo para pagamento, recomeçando a contagem no primeiro dia útil subsequente ao atendimento da solicitação. Esta suspensão poderá ocorrer uma única vez.
  - 17.10.1 O não pagamento da indenização no prazo previsto no item 17.7 implicará a atualização monetária e a aplicação dos juros moratórios, previstos na Cláusula 16ª – Atualização Monetária das Obrigações Contratuais, até a data do efetivo pagamento.
- 17.11 Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.
- 17.12 O processo de regulação e liquidação do sinistro será conduzido com probidade e celeridade.
  - 17.12.1 A execução dos procedimentos de regulação e liquidação de sinistro não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento do valor do seguro por parte da seguradora.
- 17.13 Em caso de dúvida sobre critérios e fórmulas para a apuração do valor devido,

serão adotados aqueles que forem mais favoráveis ao segurado ou ao beneficiário, vedado o enriquecimento sem causa.

- 17.14 O Segurado e/ou beneficiário terá direito de acesso ao relatório de regulação e liquidação do sinistro, que é um documento comum às partes. Negada a cobertura, no todo ou em parte, a seguradora deverá entregar ao interessado os documentos produzidos ou obtidos durante a regulação e a liquidação do sinistro que fundamentem sua decisão, salvo aqueles considerados confidenciais ou sigilosos por lei ou que possam causar danos a terceiros, salvo em razão de decisão judicial ou arbitral.
- 17.15 Independentemente dos documentos listados nas coberturas contratadas, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar a comprovação ou não do evento.
- 17.16 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 a manifestação sobre a cobertura será suspensa, conforme a legislação.
- 17.17 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.
- 17.17.1 A junta médica de que trata o subitem “17.17” será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados.
- 17.17.2 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.

17.17.3 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.

17.18 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.

17.19 Os resultados apurados pela perícia, incluindo-se laudos de exames, serão de uso unicamente exclusivo da Seguradora. 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 na Cláusula 14<sup>a</sup> – Capital Segurado destas Condições Gerais.

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

17.20.1 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;
- 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.

17.20.1.1 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.

#### 17.20.2 Em caso de Morte Acidental e Indenização Especial por Morte Acidental:

Além dos documentos relacionados nas alíneas do subitem “17.10.1”, serão necessários os documentos das alíneas abaixo:

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

houver.

#### 17.20.3 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.

#### 17.20.4 Em caso de Morte Acidental do Cônjuge:

Além dos documentos relacionados nas alíneas do subitem “17.10.3”, serão necessários os documentos das alíneas abaixo:

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

**17.20.5 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).

**17.20.6 Em caso de Morte Acidental dos Filhos:**

Além dos documentos relacionados nas alíneas do subitem “17.10.5”, serão necessários os documentos das alíneas abaixo:

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

**17.20.7 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.

#### 17.20.7.1 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:
- b) Recolhimento do INSS;
- c) Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF);
- d) Recibo de Pagamento de Autônomo (RPA);
- e) Declaração emitida por Contador em formulário DECORE (Declaração Comprobatória de Percepção de Rendimentos).

#### 17.20.7.2 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:
- b) Recibos de pagamentos do DAS;
- c) Requerimento do empresário;
- d) Declaração anual do MEI;
- e) Declaração emitida por Contador em formulário DECORE (Declaração Comprobatória de Percepção de Rendimentos).

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

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

17.21 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, ultrassonografias, 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).

17.22 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, ultrassonografias, 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).

**17.23 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.

**17.24 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 de 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 sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual.

**17.25 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;
  - i. relatório do médico-assistente do Segurado;
  - ii. Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada; e
- c) 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.

**17.26 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 sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual.

**17.27 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:
  - i. Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada; e
  - ii. 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.

**17.28 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:
  - i. Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada; e
  - ii. 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.

**17.29 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 os 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 holerite ou comprovante de pagamento, se o seguro for contributivo, e
- i) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

**17.30 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.

### 17.31 Em caso de Doenças Graves:

#### 17.31.1 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;

#### 17.31.2 Documentos dos Beneficiários (no caso de o beneficiário não ser o próprio Segurado)

- a) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- b) Cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) Cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo etc.);
- d) Cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- e) Declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- f) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- g) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes.

## **CLÁUSULA 18ª – REINTEGRAÇÃO**

- 18.1 Exclusivamente para as coberturas de 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.

## **CLÁUSULA 19ª – BENEFICIÁRIOS**

- 19.1 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.

- 19.1.1 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.
- 19.2 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.
- 19.3 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.
- 19.4 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.
- 19.5 Uma pessoa jurídica só poderá ser Beneficiária de Seguro de Pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.
- 19.6 No caso de beneficiário menor de idade ou tutelado, a Indenização será creditada somente na conta de titularidade do menor ou tutelado.
- 19.7 No caso de beneficiário curatelado, a indenização será creditada na conta do representante legal do beneficiário.
- 19.8 Na hipótese de morte do cônjuge e de morte de filhos, de Diagnóstico de Câncer e de Perda de Renda por Desemprego Involuntário, o beneficiário será o próprio Segurado.



**CLÁUSULA 20ª – RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO****20.1 Rescisão**

**20.1.1 Este contrato poderá ser rescindido total ou parcialmente, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, desde que com concordância recíproca.**

**20.2 Cancelamento**

**20.2.1 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 Cláusula 16ª – Atualização Monetária das Obrigações Contratuais, desde a data do pagamento do prêmio até a data da devolução do mesmo.**

**20.2.1.1 O prazo máximo para devolução do prêmio a título de cancelamento é de 10 (dez) dias corridos a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora. Ultrapassado o prazo aqui previsto, o valor devido a título de devolução do prêmio se sujeita à atualização monetária nos termos da Cláusula 16ª – Atualização Monetária das Obrigações Contratuais.**

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

**20.2.2 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 de sua vigência, se não houver renovação;**
- c) no caso de Morte do Segurado Principal;**
- d) o Segurado deixar de pagar à Seguradora o prêmio ou parcela(s) do prêmio, conforme previsto na Cláusula 13ª;**

- e) ocorrer o previsto na Cláusula 21ª - Perda de Direitos a Indenização;

### **20.3 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 do Segurado, e/ou com a morte de todos os dependentes e/ou com o pagamento do capital segurado dessa cobertura;

**20.4 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 9ª – Aceitação do Seguro, destas Condições.**

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

## **CLÁUSULA 21ª – PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO**

**21.1 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:**

### **21.1.1 Na contratação do Seguro:**

- a) **Se o Segurado, ao preencher o Questionário de Avaliação de Risco, dolosamente, omitir ou prestar informações falsas ou incorretas que sejam relevantes para a aceitação da proposta ou definição do prêmio. Nesse caso, perderá o direito à garantia, sem prejuízo da obrigação de pagar o prêmio e ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.**
- b) **Se a omissão ou incorreção de informações no Questionário de Avaliação de Risco ocorrer de forma culposa, a garantia será reduzida proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso as informações corretas tivessem sido prestadas.**
- c) **Se, em razão das informações não reveladas, a garantia contratual se tornar**

tecnicamente impossível, ou se os fatos omitidos corresponderem a interesse ou risco não normalmente aceito pela Seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

- d) Se houver fraude ou tentativa de fraude por parte do segurado na contratação, o infrator perderá o direito à garantia.

#### **21.1.2 Durante a Vigência e na Ocorrência do Sinistro:**

- a) Se o Segurado agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.
- b) Se o Segurado, ao tomar conhecimento do sinistro, dolosamente, deixar de tomar as providências necessárias para evitar ou minorar seus efeitos, ou deixar de avisar a Seguradora. Neste caso, perderá o direito à indenização, sem prejuízo da obrigação de pagar o prêmio e ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.
- c) Se o descumprimento dos deveres previstos na alínea anterior ocorrer por negligência, culposamente, a perda do direito à indenização corresponderá ao valor dos danos decorrentes da omissão.
- d) Se o sinistro for dolosamente provocado pelo segurado ou pelo beneficiário. Neste caso, haverá a perda do direito à indenização, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.
- e) Se houver fraude ou tentativa de fraude por parte do segurado ou beneficiário na reclamação do sinistro, o infrator perderá o direito à garantia.

#### **21.1.3 Defesas da Seguradora**

- a) A Seguradora poderá apresentar ao segurado e ao beneficiário todas as defesas e exceções fundadas no contrato e que sejam anteriores ao sinistro.
- b) Sobrevindo o sinistro, a seguradora somente poderá recusar-se a indenizar caso prove o nexo causal entre o relevante agravamento do risco e o sinistro caracterizado.

**21.2 O segurado deve comunicar à seguradora relevante agravamento do risco tão logo dele tome conhecimento.**

**21.2.1 Ciente do agravamento, a seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio.**

**21.2.2 O segurado que dolosamente descumprir o dever previsto no item 21.2 perde a**

garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora.

**21.2.3** O segurado que culposamente descumprir o dever previsto no caput deste artigo fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, não fará jus à garantia.

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

**21.3** A Seguradora não garantirá qualquer cobertura, pagamento, indenização, reembolso, serviço ou benefício previstos neste documento sempre que a execução de tais obrigações possam violar leis, regulamentos ou imposições de embargos e sanções econômicas, comerciais ou financeiras aplicáveis à jurisdição sob a qual a Seguradora, sua controladora ou suas resseguradoras estejam sujeitas.

**21.3.1** Consideram-se abrangidas, para os fins deste Contrato, as sanções e restrições impostas por organismos multilaterais dos quais o Brasil seja parte - como a Organização das Nações Unidas (ONU) e o Grupo de Ação Financeira Internacional (GAFI) - bem como por autoridades governamentais estrangeiras, incluindo, mas não se limitando a, Estados Unidos da América, Reino Unido e a União Européia.

**21.4** O Proponente e o Segurado obrigam-se a informar, no momento da contratação e durante toda a vigência da Apólice, se estão incluídos em listas de sanções, embargos ou restrições emitidas por qualquer das entidades mencionadas, bem como a comunicar tempestivamente à Seguradora qualquer alteração de status que ocorra após a contratação do Seguro.

**21.5** O descumprimento do dever de informação referido no item anterior, ou a ocorrência de sinistro envolvendo pessoa física ou jurídica incluída em listas de sanções ou embargos, acarretará a exclusão da cobertura securitária, aplicando-se o disposto nesta cláusula no momento da regulação e do efetivo pagamento da indenização.

**21.6** Esta cláusula prevalecerá sobre quaisquer outras disposições expressas ou implícitas nas Condições Gerais, Especiais ou Particulares desta Apólice.

**CLÁUSULA 22ª – FORO**

- 22.1 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.
- 22.2 Na hipótese de inexistência da relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diferente do domicílio do Segurado.

**CLÁUSULA 23ª – PRESCRIÇÃO**

- 23.1 Prescrevem:
- a) Em 1 (um) ano: a pretensão da Seguradora para a cobrança do prêmio, contado da ciência do respectivo fato gerador.
  - b) Em 1 (um) ano: a pretensão do Segurado para exigir indenização, capital, reserva matemática ou restituição de prêmio, contado da ciência da recepção da recusa expressa e motivada da Seguradora.
  - c) Em 3 (três) anos: a pretensão dos beneficiários ou terceiros prejudicados para exigir da Seguradora indenização, capital ou reserva matemática, contado da ciência do respectivo fato gerador.
- 23.2 Suspensão da Prescrição:
- Além das causas previstas no Código Civil, a prescrição da pretensão relativa ao recebimento de indenização ou capital segurado será suspensa uma única vez, quando a Seguradora receber pedido de reconsideração da recusa de pagamento.
- 23.2.1 A suspensão cessa no dia em que o interessado for comunicado pela Seguradora de sua decisão final.

**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 na Cláusula 5ª – 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, estabelecido 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 esta cobertura o período de carência é de 06 (seis) meses ininterruptos e será contado a partir do início de vigência do Seguro.**
- 4.2 **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.**
- 4.2.1 **Quando o segurado aumentar o capital, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio no prazo previsto no item acima.**
- 4.2.2 **É vedada a fixação de novo prazo de carência, nas hipóteses de renovação e de substituição do contrato, ainda que seja outra a seguradora.**
- 4.2.3 **O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência.**

## **5 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

- 5.1 A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora na Cláusula 17<sup>a</sup> – 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 julgar 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, à sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

## **6 DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 6.4 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 na Cláusula 5ª – Definições, das Condições Gerais deste seguro.

## **3 RISCOS EXCLUÍDOS**

- 3.1** Além dos riscos expressamente excluídos mencionados na Cláusula 8ª – 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.

- 5.1.1** Quando o segurado aumentar o capital, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio no prazo previsto no item acima.



**5.1.2 É vedada a fixação de novo prazo de carência, nas hipóteses de renovação e de substituição do contrato, ainda que seja outra a seguradora.**

**5.1.3 O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência.**

## **6 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

**6.1.** A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora na Cláusula 17ª – 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 julgar 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, à sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

## **7 DISPOSIÇÕES GERAIS**

**6.4** 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 na Cláusula 5ª – 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 8ª – 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;
- a) demissão do empregado que já tenham tempo de serviço suficiente para a aposentadoria integral;
- b) abandono de emprego ou pedido voluntário de demissão pelo empregado;
- c) desligamento em função de incentivo dado pelo empregador para que o empregado se desligue da empresa;
- d) empregados habilitados para requerer aposentadoria integral por tempo de serviço;
- e) profissionais liberais, autônomos, proprietários ou sócios de empresas;
- f) estagiários, temporários, avulsos e contratados por prazo determinado;
- g) demissões coletivas;
- h) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) de qualquer natureza ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
- i) jubilação, exoneração, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
- j) perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;
- k) dispensa com imediata admissão em outra empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista;
- l) extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo).

## **5 CAPITAL SEGUADO**

- 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 de o aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

## **6 CARÊNCIA**

- 6.1** Somente serão garantidos para esta Cobertura, os eventos ocorridos a partir de 60 (sessenta) dias ininterruptos, e será contado a partir do início de vigência do Seguro.

## **7 FRANQUIA**

- 7.1** Haverá uma franquia de 30 (trinta) dias ininterruptos para esta Cobertura, e será contado a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador, ou seja, a indenização é devida somente a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia da caracterização do desemprego.

## **8 CESSAÇÃO DA COBERTURA**

- 8.1** Além das hipóteses previstas na Cláusula 21ª – Perda do Direito à Indenização, das Condições Gerais, a cobertura cessará nos seguintes casos:

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

## **9 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

- 9.1** Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em 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 na Cláusula 17ª – 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 julgar 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 na Cláusula 5ª – 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 vigente.

#### **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.
- 3.2.1 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.
- 3.3 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 8ª – 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) **jubilção, exoneração, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;**
- k) **perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extrajudicial 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 de o 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 **Somente serão garantidos para esta Cobertura, os eventos ocorridos a partir de 120 (cento e vinte) dias ininterruptos, e será contado a partir do início de vigência do Seguro.**

## **7 FRANQUIA**

- 7.1 **Haverá uma franquia de 30 (trinta) dias ininterruptos para esta Cobertura, e será contado a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador, ou seja, a indenização é devida somente a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia da caracterização do desemprego.**

## **8 CESSAÇÃO DA COBERTURA**

- 8.1 **Além das hipóteses previstas na Cláusula 21ª – Perda do Direito à Indenização das Condições Gerais, a cobertura será imediatamente cancelada nas seguintes situações:**

- i. com o cancelamento da apólice;**
- ii. com o cancelamento desta cláusula;**
- iii. 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 na Cláusula 17ª – 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 julgar 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 na Cláusula 5ª – 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 8ª – 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 Estágio 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 Somente serão garantidos para esta Cobertura, os eventos ocorridos a partir de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, e será contado a partir do início de vigência do Seguro.

#### **6 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

- 6.1 A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos

documentos solicitados pela Seguradora na Cláusula 17ª – 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 julgar 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, à 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 na Cláusula 5ª – 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 8ª – 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 SEGUADO**

- 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 na Cláusula 5ª – Definições das Condições Gerais deste seguro.

### **3 RISCOS EXCLUÍDOS**

- 3.1 Para fins desta Condição Especial prevalecem os Riscos Excluídos indicados na Cláusula 8ª – 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 50% (cinquenta 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 **Somente serão garantidos para esta Cobertura, os eventos ocorridos a partir de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, e será contado a partir do início de vigência do Seguro.**
- 5.2 **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.**

**5.2.1** Quando o segurado aumentar o capital, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio no prazo previsto no item acima.

**5.2.2** É vedada a fixação de novo prazo de carência, nas hipóteses de renovação e de substituição do contrato, ainda que seja outra a seguradora.

**5.2.3** O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência.

## **6 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

**6.1** A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora na Cláusula 17ª - 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 julgar 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, à 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 - na Cláusula 21ª - Perda do Direito à Indenização, das Condições Gerais, a cobertura será imediatamente cancelada nas seguintes situações:

- i. com a ocorrência de sinistro coberto por esta cláusula;
- ii. com o cancelamento da apólice;
- iii. com o cancelamento desta cláusula, a pedido do Segurado;
- iv. com a morte do Segurado Principal;
- v. 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 na Cláusula 5ª - Definições das Condições Gerais deste seguro.

#### **3 RISCOS EXCLUÍDOS**

- 3.1 **Para fins desta Condição Especial prevalecem os Riscos Excluídos indicados na Cláusula 8ª - 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 **Somente serão garantidos para esta Cobertura, os eventos ocorridos a partir de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, e será contado a partir do início de vigência do Seguro.**
- 5.2 **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.**

**5.2.1 Quando o segurado aumentar o capital, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio no prazo previsto no item acima.**

**5.2.2 É vedada a fixação de novo prazo de carência, nas hipóteses de renovação e de substituição do contrato, ainda que seja outra a seguradora.**

**5.2.3 O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência.**

## **6 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

**6.1 A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora na Cláusula 17ª - 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 julgar 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, à 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 na Cláusula 21ª – Perda do Direito à Indenização, 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**

- 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 na Cláusula 14ª 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 o Cálculo de Indenização (subitem 1.10) 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.

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.

- 1.9 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 Importân cia Segurad a
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
	Perda total do uso de um dos membros superiores	70

<b>Parcial Membros Superiores</b>	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.	

<b>Parcial Membros Inferiores</b>	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

	<b>Amputação de qualquer outro dedo</b>	<b>3</b>
	<b>Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo</b>	
	<b>Encurtamento de um dos membros inferiores:</b>	
	<b>-de 5 (cinco) centímetros ou mais</b>	<b>15</b>
	<b>-de 4 (quatro) centímetros</b>	<b>10</b>
	<b>-de 3 (três) centímetros</b>	<b>6</b>
	<b>Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.</b>	

## 2 DEFINIÇÕES

- 2.1 Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados na Cláusula 5ª - Definições das Condições Gerais deste seguro.

## 3 RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Para fins desta Condição Especial prevalecem os Riscos Excluídos indicados na Cláusula 8ª - 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.
- 4.4 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 Para os eventos decorrentes de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente 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.**

**5.1.1 Quando o segurado aumentar o capital, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio no prazo previsto no item acima.**

**5.1.2 É vedada a fixação de novo prazo de carência, nas hipóteses de renovação e de substituição do contrato, ainda que seja outra a seguradora.**

**5.1.3 O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência.**

## **6 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

**6.1 A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora na Cláusula 17ª 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 julgar 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, à sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados.**

## **7 CESSAÇÃO DA COBERTURA**

**7.1 Além das hipóteses previstas na Cláusula 21ª – Perda do Direito à Indenização, 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**

- 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 de o 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:

- a) Cobre a Invalidez Permanente por Acidente Majorada em caso de lesão nos órgãos ou membros relacionados no item 1.1.1, 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 na Cláusula 5ª - Definições das Condições Gerais deste seguro.

## **3 RISCOS EXCLUÍDOS**

- 3.1 Não está coberta 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 na Cláusula 8ª - 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 **Para os eventos decorrentes de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente 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.**

**5.1.1 Quando o segurado aumentar o capital, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio no prazo previsto no item acima.**

**5.1.2 É vedada a fixação de novo prazo de carência, nas hipóteses de renovação e de substituição do contrato, ainda que seja outra a seguradora.**

**5.1.3 O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência.**

## **6 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

- 6.1 A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora na Cláusula 17ª - 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 julgar 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, à sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.
- 6.5 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.
- 6.6 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 na Cláusula 21ª – Perda do Direito à Indenização 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**

- 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 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 na Cláusula 5ª - 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.
- 3.7 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 na Cláusula 8ª - 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 3ª desta cobertura, que determinam indenizações de 100% do respectivo capital segurado.

## **6 CARÊNCIA**

**6.1 Para os eventos decorrentes de Invalidez Permanente Total por Acidente 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.**

**6.1.1 Quando o segurado aumentar o capital, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio no prazo previsto no item acima.**

**6.1.2 É vedada a fixação de novo prazo de carência, nas hipóteses de renovação e de substituição do contrato, ainda que seja outra a seguradora.**

**6.1.3 O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência.**

## **7 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

**7.1 A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora na Cláusula 17ª - 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 julgar 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.**

## **8 CESSAÇÃO DA COBERTURA**

**8.1 Além das hipóteses previstas na Cláusula 21ª – Perda do Direito à Indenização, 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**

- 9.1 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 na Cláusula 5ª - 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 na Cláusula 8ª - 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 Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença não haverá Carência, exceto no caso de mutilação voluntária ou premeditada, o período de carência corresponderá a (2) dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso, ou 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.**

**6.1.1 Quando o segurado aumentar o capital, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio ou suas tentativas no prazo previsto no item acima.**

**6.1.2 É vedada a fixação de novo prazo de carência, nas hipóteses de renovação e de substituição do contrato, ainda que seja outra a seguradora.**

**6.1.3 O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência.**

## **7 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

**7.1** A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora na Cláusula 17ª - 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 julgar 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**

**8.1 Além das hipóteses previstas na Cláusula 21ª – Perda do Direito à Indenização, 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**

- 9.1 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 consequente de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados na Cláusula 7ª – Coberturas do Seguro desta condição, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no apólice.

### **2 DEFINIÇÕES**

- 2.1 Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados na cláusula 5ª - 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:
  - i. Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
  - ii. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
  - iii. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
  - iv. 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 sobrevida 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:
  - i. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;

ou

- ii. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
  - iii. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
  - j) 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.
- 3.4 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.
- 3.5 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.
- 3.6 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).
- 3.6.1 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	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES;</p> <p>MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.</p>	0
	<p>2º GRAU:</p> <p>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.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTUR AIS DO SEGURADO	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	0
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10

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

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

- 3.7 O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
- 3.8 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 HOUVE 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 SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE 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.

- 3.11 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 na Cláusula 8ª - 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 Autonômicas 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 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença não haverá Carência, exceto no caso de mutilação voluntária ou premeditada, o período de carência corresponderá a (2) dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso, ou 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.

**6.1.1** Quando o segurado aumentar o capital, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio ou suas tentativas no prazo previsto no item acima.

**6.1.2** É vedada a fixação de novo prazo de carência, nas hipóteses de renovação e de substituição do contrato, ainda que seja outra a seguradora.

**6.1.3** O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência.

## **7 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

**7.1** A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora na Cláusula 17<sup>a</sup> - 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 julgar necessários.

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

**7.2.2** 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 na Cláusula 21<sup>a</sup> – Perda do Direito à Indenização 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**

- 9.1 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 na Cláusula 5ª - Definições das Condições Gerais deste seguro.

### **3 RISCOS EXCLUÍDOS**

- 3.1 **Além dos riscos descritos na Cláusula 8ª – Riscos Excluídos das condições gerais, 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, sequela 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) ceratotomia (cirurgia para correção da miopia).

#### **4 ÂMBITO GEOGRÁFICO**

- 4.1 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 Invalidez Permanente Total por Acidente 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.**

6.1.1 **Quando o segurado aumentar o capital, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio no prazo previsto no item acima.**

6.1.2 **É vedada a fixação de novo prazo de carência, nas hipóteses de renovação e de substituição do contrato, ainda que seja outra a seguradora.**

6.1.3 **O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência.**

## **7 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

- 7.1 A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora na Cláusula 17<sup>a</sup> - 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 julgar 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, à sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

## **8 CESSAÇÃO DA COBERTURA**

- 8.1 Além das hipóteses previstas na Cláusula 21<sup>a</sup> – Perda do Direito à Indenização 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**

- 9.1 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 na apólice.

### **2 DEFINIÇÕES**

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

### **3 RISCOS EXCLUÍDOS**

- 3.1 Além dos riscos excluídos definidos na Cláusula 8ª – Riscos Excluídos, das 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 Corresponderá ao prazo de 3 (três) meses a partir do início de vigência do seguro do Segurado ou da inclusão da cobertura adicional, sendo que somente terão cobertura os casos que não tenham conhecimento ou a preexistência de doença congênita ou qualquer anormalidade no período de gestação até a conclusão do período de carência.

## **6 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

- 6.1 A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora na Cláusula 17ª - 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 julgar 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, à 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 na Cláusula 21ª – Perda do Direito à Indenização 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**

- 8.1 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 8ª - Riscos Excluídos e respeitadas as demais condições contratuais.

## **2 DEFINIÇÕES**

- 2.1 Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados na Cláusula 5ª - 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 8ª - 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 sequela neurológica definitiva ou morte comprovada do tecido cerebral;
  - b) Cirurgia Coronariana: diagnóstico de insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), que resulte da necessidade de realização de cirurgia de forma a restabelecer o fluxo sanguíneo adequado ao músculo cardíaco;
  - c) 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 excetos os transplantes cobertos previstos na Cláusula 3 - Garantia do Seguro, desta cláusula**

### **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;**
- b) química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes;**
- c) 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;**
- d) de Doenças Preexistentes à contratação do Seguro que já eram de conhecimento do Segurado e que não foram declaradas na Proposta de Contratação;**
- e) 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**

- f) de atos ilícitos culposos ou dolosos 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 O período de Carência, para o pagamento do Capital Segurado, contado do início de Vigência da cobertura ou da solicitação de aumento do Capital Segurado, será de 2 (dois) anos, conforme apresentado na Apólice de Seguro.**

## **7 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

- 7.1 A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora na Cláusula 17ª - 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 julgar 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, à sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

## **8 CESSAÇÃO DA COBERTURA**

- 8.1 **Além das hipóteses previstas na Cláusula 21<sup>a</sup> – Perda do Direito à Indenização 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**

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