

# CONDIÇÕES CONTRATUAIS

## SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

**Versão 4: dezembro de 2025**

**Canais de Atendimento:**

**SAC 24 horas: 0800 722 0264** (Todos os dias da semana, 24 horas por dia, inclusive feriados)

Informações ou dúvidas dos produtos, reclamações, contestação, suspensão ou cancelamentos.

**Atendimento deficientes auditivos ou de fala: 0800 702 4260**

**Ouvidoria: 0800 722 0266** (De segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados nacionais.)

**Disque SUSEP: 0800-0218484.**

Site: [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br) SUSEP - Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros. **Link da plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados ([www.consumidor.gov.br](http://www.consumidor.gov.br))**

## SUMÁRIO

CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES.....	4
CLÁUSULA 2 - DEFINIÇÕES .....	5
CLÁUSULA 3 - OBJETIVO DO SEGURO .....	12
CLÁUSULA 4 - RISCOS COBERTOS.....	13
CLÁUSULA 5 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	44
CLÁUSULA 6 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	48
CLÁUSULA 7 - CARÊNCIA .....	48
CLÁUSULA 8 - FRANQUIA.....	48
CLÁUSULA 9 – FORMA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO.....	49
CLÁUSULA 10 – ACEITAÇÃO DO SEGURO .....	49
CLÁUSULA 11 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO .....	50
CLÁUSULA 12 - ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	51
CLÁUSULA 13 - PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	52
CLÁUSULA 14- FALTA DO PAGAMENTO DO PRÊMIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS .....	52
CLÁUSULA 15 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA .....	53
CLÁUSULA 16 - RECÁLCULO DA(S) TAXA(S) DO SEGURO .....	54
CLÁUSULA 17 - BENEFICIÁRIO(S) .....	55
CLÁUSULA 18 - REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	55
CLÁUSULA 19 - COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	56
CLÁUSULA 20 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO.....	72
CLÁUSULA 21 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	73
CLÁUSULA 22 - CANCELAMENTO DO SEGURO .....	74
CLÁUSULA 23 - CESSAÇÃO DA COBERTURA .....	74
CLÁUSULA 24 - REGIME FINANCEIRO .....	75
CLÁUSULA 25 - REENQUADRAMENTO TARIFÁRIO ANUAL DO PRÊMIO.....	75
CLÁUSULA 26 - OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA .....	79
CLÁUSULA 27 - DO INTERESSE LEGÍTIMO.....	79
CLÁUSULA 28 – DA INEXISTÊNCIA, EXTINÇÃO/REDUÇÃO DO INTERESSE LEGÍTIMO .....	79
CLÁUSULA 29 – CANAIS DE ATENDIMENTO .....	80
ANEXO I - TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE .....	82
ANEXO II - TABELAS IAIF.....	83

## APRESENTAÇÃO

Nós estamos muito felizes em estar ao seu lado, cuidando das suas conquistas e do que é importante para você. Apresentamos aqui as condições contratuais que contemplam as informações, direitos e obrigações sobre o seguro.

Informamos que as coberturas contratadas estarão especificadas na apólice e certificado de seguro, conforme demonstrativo de coberturas.

Para isso, devem ser consideradas, conforme o caso, somente as condições correspondentes às coberturas contratadas e discriminadas na apólice e certificado de seguro.

**Conte com a gente!**

## CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. A aceitação do seguro está sujeita à análise do risco.
- 1.2. O registro do produto é automático e não representa, por parte da SUSEP, na aprovação, recomendação ou incentivo à contratação do seguro a ele vinculado.
- 1.3. 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).
- 1.4. Ao contratar este seguro, o Segurado declara estar ciente e de acordo com as cláusulas limitativas descritas nestas Condições Contratuais. As coberturas contratadas estarão especificadas na apólice de seguro, conforme demonstrativo de coberturas.
- 1.5. Este seguro é garantido pela Companhia de Seguros Previdência do Sul – Previsul Seguradora, CNPJ nº 92.751.213/0001-73 e está registrado na SUSEP sob nº **15414.900346/2017-71**.
- 1.6. Este seguro será contratado por meio de apólice individual, destinada a garantir coberturas securitárias para pessoa física. São documentos integrantes do presente seguro, a Proposta Contratação, a Apólice Individual e as Condições Contratuais.
- 1.7. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) para solucionar pendências ou litígios judiciais decorrentes deste contrato de seguro, salvo se o Segurado ou o Beneficiário optar por ajuizar a ação no domicílio da Seguradora ou de agente dela
- 1.8. A Companhia de Seguros Previdência do Sul - Previsul, na qualidade de Controladora dos dados pessoais, poderá coletar, acessar, armazenar, utilizar e realizar demais operações de tratamento sobre os dados pessoais fornecidos pelo cliente e beneficiários, estritamente para as finalidades relacionadas à execução deste contrato, cumprimento de obrigações legais ou regulatórias e demais hipóteses permitidas pela Lei nº 13.709/2018 (LGPD). O tratamento dos dados pessoais será realizado para: (i) identificação e cadastro do cliente e beneficiários; (ii) execução e administração dos serviços objeto deste contrato; (iii) comunicação necessária para cumprimento contratual; (iv) prevenção e resolução de fraudes e incidentes de segurança; (v) cumprimento de obrigações legais e regulatórias aplicáveis à Previsul e demais atividades de tratamento listada em nossa Política de Privacidade, que poderá ser acessada através do [portalprivacidade.previsul.com.br](http://portalprivacidade.previsul.com.br).
- 1.9. Os dados pessoais serão armazenados pelo período necessário ao

cumprimento das obrigações contratuais, administrativas e legais inerentes a Previsul. Após o término do prazo aplicável, os dados serão eliminados ou anonimizados.

1.10. Para esclarecimentos ou exercício de direitos relacionados ao tratamento de dados pessoais, o cliente e seus beneficiários poderão contatar o encarregado de proteção de dados (DPO) da Previsul, através do portalprivacidade.previsul.com.br.

1.11. Caso o contrato de seguro seja declarado **nulo ou ineficaz**, o **Segurado** ou terá direito à devolução do valor do prêmio pago, deduzidas as despesas efetivamente realizadas pela Seguradora para a contratação, **salvo se comprovado que o vício decorreu de má-fé do Segurado**.

## CLÁUSULA 2 - DEFINIÇÕES

2.1. **Aceitação:** Ato de aprovação de proposta submetida à seguradora para a contratação de seguro.

2.2. **Acidente :** Acontecimento imprevisto e involuntário do qual resulta um dano causado ao objeto ou pessoa segurada.

2.3. **Acidente Pessoal:** para fins deste Seguro, é o 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 causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, sendo certo que o suicídio, ou a sua tentativa, será equiparado, para fins de indenização, a Acidente Pessoal.

**Estão incluídos no conceito de Acidente Pessoal, as lesões decorrentes de:**

- a) acidentes decorrentes da ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a ela o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- b) acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- c) acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros, dos quais o Segurado seja a vítima; e
- d) acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por

fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.4. **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** é qualquer acidente cerebrovascular com sequelas neurológicas e com uma duração superior a 24 (vinte e quatro) horas, que inclui a morte do tecido cerebral decorrente de fluxo sanguíneo deficiente por hemorragia, isquemia ou embolia proveniente de uma fonte extra cranial.

2.5. **Agravamento de risco:** qualquer conduta ou omissão do segurado que, de forma intencional e relevante, provoque aumento significativo e continuado da probabilidade de ocorrência do risco assumido pela Seguradora.

2.6. **Âmbito Geográfico de Cobertura:** é a delimitação física da(s) cobertura(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.7. **Apólice:** documento emitido pela sociedade seguradora, nos termos da regulamentação específica, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Proponente, nos planos coletivos.

2.8. **Atividade laboral:** Aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

2.9. **Atualização monetária :** Procedimento utilizado para manter atualizados os valores do saldo de capitalização e das mensalidades.

2.10. **Aviso de Sinistro:** comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado e/ou Beneficiário à Seguradora, assim que dele tenham conhecimento, conforme procedimento definido nestas Condições Contratuais.

2.11. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.12. **Benefício :** Pagamento a ser efetuado ao próprio participante ou a seu beneficiário, por ocasião da ocorrência do evento gerador.

2.13. **Boa-Fé:** No contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que têm o Segurado e a Sociedade Seguradora, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios, e convictos de que agem em conformidade com a lei.

2.14. **Cancelamento:** Dissolução antecipada do contrato de seguro.

2.15. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura, contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro.

2.16. **Carência:** É o prazo que corresponde ao período contado a partir da data de início de vigência da cobertura ou da sua reabilitação, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados, no todo ou em parte, conforme dispuserem as condições contratuais.

2.17. **Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Ponte de Safena):** é a intervenção cirúrgica, a céu aberto, para a recuperação de uma ou mais artérias coronárias, as quais se encontram parcial ou totalmente bloqueadas, introduzindo-se um "by-pass" artério-coronário.

2.18. **Cirurgia de Válvulas Cardíacas e de Aorta:** intervenção cirúrgica, a céu aberto, que visa recuperar ou substituir uma válvula cardíaca ou corrigir um estreitamento, dissecção ou aneurisma da Aorta. Para fins deste Seguro, Aorta se refere à Aorta torácica e abdominal, não incluindo as suas ramificações.

2.19. **Cláusula:** Em sentido estrito, é a denominação dada a cada um dos artigos ou disposições de um contrato. No caso de seguros, utiliza-se o termo para fazer referência a um grupo de disposições, normalmente reunidas sob um título, que estipulam as regras relativas a um particular aspecto do contrato.

2.20. **Coberturas:** Riscos assumidos pela Seguradora

2.21. **Coberturas provisórias :** é o conjunto dos riscos cobertos elencados na apólice de forma provisória cedida pela Seguradora.

2.22. **Companheiro/Companheira :** Pessoa que mantém uma convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituir família, equiparando a união estável ao casamento em muitos aspectos legais.

2.23. **Condições Contratuais:** é o conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

2.24. **Corretor(a) de Seguro:** Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

2.25. **Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades ("DPSA"):** Informações que devem ser prestadas pelo proponente, relacionadas às suas condições de saúde e/ou de atividades exercidas, e que serão levadas em consideração pela sociedade seguradora para aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio.

2.26. **Doenças Congênitas:** as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por más formações anatômicas, presentes no nascimento, diagnosticadas e comprovadas como congênitas, por uma declaração de médico especialista, até o sexto mês do nascimento. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatado a doença para todos os filhos, o capital segurado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

2.27. **Doenças Graves:** para fins deste Seguro, considera-se exclusivamente como tal a Neoplasia Maligna (CÂNCER) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC), bem como os seguintes procedimentos cirúrgicos: Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (PONTE DE SAFENA); e Cirurgia de Válvulas Cardíacas e Aorta.

2.28. **Doença Neoplásica Maligna Ativa:** Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

2.29. **Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes:** Condição que altera a saúde do segurado, exigindo tratamento médico, já conhecida pelo Segurado antes da contratação do seguro, ainda que não tenham sido declaradas.

2.30. **Endosso :** documento, emitido pela seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o segurado.

2.31. **Estipulante:** pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante a Seguradora.

2.32. **Evento Coberto:** acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, previsto nestas Condições Contratuais, ocorrido durante a vigência do Seguro e passível de ser indenizado de acordo com as coberturas contratados, observados os limites definidos na Apólice.

2.33. **Excedente Técnico:** é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período.

2.34. **Existência independente :** refere-se à condição de uma pessoa ser capaz de se valer por si mesma, sem depender de terceiros para as atividades básicas da vida. No contexto de seguros de vida, a "perda da existência independente" ocorre quando uma doença ou lesão causa uma incapacidade irreversível que impede o segurado de exercer a sua autonomia, como alimentar-se, higienizar-se e locomoção.

2.35. **Formulário de Sinistro:** É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

2.36. **Foro:** No contrato de seguro, refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do contrato; jurisdição, alçada. Sinônimo: fórum.

2.37. **Franquia:** Quantia fixa, podendo ser em dias, definida na apólice, que, em caso de sinistro, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela Sociedade Seguradora, dependendo das disposições do contrato.

2.38. **Hospital/Clínica:** é o estabelecimento legalmente autorizado para funcionar como tal e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro diplomado, possuindo serviço de enfermagem, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas do dia.

2.39. **IOF :** Imposto sobre operações financeiras (incide sobre os contratos de seguro).

2.40. **Impotência Funcional:** Alteração ou redução da função de membro ou órgão de forma parcial, que gera prejuízo ao indivíduo

2.41. **Indenização:** valor a ser pago pela Seguradora, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado.

2.42. **Internação Hospitalar:** Para fins deste Seguro, caracteriza-se como o período mínimo de 12 (doze) horas em hospital.

2.43. **Invalidez Funcional Permanente por Doença:** 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 contratuais do seguro. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de que trata este artigo, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

2.44. **Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença:** 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. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de que trata este artigo, os segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

2.45. **Invalidez Permanente Por Acidente** : Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

2.46. **Liquidação do Sinistro**: pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.

2.47. **Modificação de veículo**: todas as alterações no veículo de uso particular do Segurado que são necessárias para tornar o veículo acessível para que o segurado possa guiá-lo.

2.48. **Nascituros**: serão considerados nascituros para fins desta cobertura, filhos nascidos vivos. Quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

2.49. **Natimorto**: É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

2.50. **Neoplasia Maligna (Câncer)**: doença provocada por tumor maligno (sarcomas, carcinomas, leucemias e similares) cujas características são o crescimento e a multiplicação incontrolada das células malignas e a invasão e destruição do tecido normal.

2.51. **Prazo de suspensão** : Prazo durante o qual, no caso de não pagamento do prêmio regular, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento da indenização, nos termos da legislação vigente

2.52. **Prazo de Tolerância** : Prazo durante o qual, no caso de não pagamento do prêmio regular, a sociedade seguradora, ocorrendo evento coberto pelo plano e observado o estipulado nas Condições Contratuais, se obriga ao pagamento da indenização, nos termos da legislação vigente.

2.53. **Notificação**: é o ato por meio do qual o Segurado comunica à Seguradora, por escrito, durante a vigência da apólice, fatos ou circunstâncias potencialmente danosos, abrigados pelo seguro, vinculando a apólice então em vigor a reclamações futuras de terceiros prejudicados.

2.54. **Período Indenizável**: período máximo, definido nas Condições Contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento de indenização.

2.55. **Prêmio**: Preço do seguro, ou seja, é a importância paga pelo Estipulante ou

Segurado à Seguradora em decorrência da contratação do seguro.

2.56. **Proponente:** pessoa física que apresenta a proposta para adesão ao Seguro.

2.57. **Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro.

2.58. **Recálculo :** Recálculo dos valores estimados ou determinados em datas-bases anteriores, considerando bases de dados atualizadas ou metodologias e premissas distintas das utilizadas originalmente.

2.59. **Redução funcional :** Alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo

2.60. **Renovação do seguro:** Ao término da vigência de um contrato de seguro, normalmente é oferecida ao segurado a possibilidade de dar continuidade ao contrato. O conjunto de normas e procedimentos a serem cumpridos, para que se efetive tal continuidade, é denominada renovação do contrato.

2.61. **Renovação automática:** Tipo especial de renovação dos contratos de seguro, em que não são necessários os procedimentos habituais, bastando que conste, na apólice, cláusula expressa a respeito. O contrato é prorrogado por período igual ao da vigência anterior, mantidas todas as condições, com cobrança de novo prêmio.

2.62. **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 mesmo período, não havendo devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao(s) Beneficiário(s).

2.63. **Regulação de Sinistro:** análise feita pela Seguradora, após o aviso de sinistro, para verificar se o evento é coberto pelo seguro.

2.64. **Reintegração do Capital Segurado:** caso prevista, é a recomposição do capital segurado relativo a uma ou mais das coberturas contratadas, após ter sido efetuado o pagamento de alguma indenização ao Segurado.

2.65. **Rescisão (da Apólice ou Seguro):** Dissolução antecipada do contrato de seguro por acordo das partes. Quando não há acordo, usa-se o termo "cancelamento".

2.66. **Risco coberto:** Risco, previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a indenização e/ou reembolso ao segurado.

2.67. **Riscos Excluídos:** são eventos preestabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro, para os quais não há cobertura e que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização.

2.68. **Segurado:** pessoa física efetivamente aceita pela Seguradora e integrante do grupo segurado.

2.69. **Segurado Dependente:** É o cônjuge ou companheiro(a), filhos e/ou enteados, quando incluído no contrato de seguro.

2.70. **Seguro:** Contrato mediante o qual uma pessoa denominada Segurador, se obriga, mediante o recebimento de um prêmio, a indenizar outra pessoa, denominada Segurado ou Beneficiário, previstos no contrato.

2.71. **Sinistro:** Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro, que deve refletir a ocorrência de um risco predeterminado, evitando interpretações amplas.

2.72. **Taxa:** É o elemento necessário a fixação do prêmio.

2.73. **União Estável :** é a relação entre duas pessoas caracterizada pela convivência pública, contínua e duradoura, com o objetivo de constituir uma família, conforme o artigo 1.723 do Código Civil Brasileiro. Através dela é possível definir os membros através da união estável como Companheiro/Companheira.

2.74. **Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I.):** é a área especializada dentro da estrutura hospitalar, que reúne equipamentos de alta complexidade tecnológica aliada à equipe multidisciplinar especializada para a realização de tratamentos em terapia intensiva. Os cuidados ministrados aos pacientes deverão compreender:

a) Cuidados para estabilizar os sistemas fisiológicos principais para a manutenção da vida e;

b) Cuidados que não possam ser executados em outras unidades do hospital devido a técnicas próprias de U.T.I

2.75. **Vigência do Seguro:** período contínuo de tempo durante o qual o Seguro está em vigor.

### CLÁUSULA 3 - OBJETIVO DO SEGURO

3.1. O presente Seguro , por meio da Seguradora , tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), no caso de ocorrência de evento coberto de acordo com as coberturas contratadas, exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Contratuais do Seguro.

#### **CLÁUSULA 4 - RISCOS COBERTOS**

4.1. Serão considerados riscos cobertos os eventos que estiverem amparados pelas coberturas indicadas na Apólice de Seguro e Certificado de Seguro.

4.2. As coberturas passíveis de contratação para este Seguros das em Básicas , Adicionais e Suplementares.

4.3. Para efeito deste Seguro, entende-se por COBERTURAS BÁSICAS:

a) Morte (M)

4.3.1. **As coberturas básicas poderão ser contratadas em conjunto ou isoladamente e o seguro somente poderá ser contratado com uma das coberturas básicas.**

4.4. Para efeito deste Seguro, entende-se por COBERTURAS ADICIONAIS:

a) Auxílio Funeral (AUX)

b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

c) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)-Antecipação

d) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)-Autônoma

e) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD)

f) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

g) Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA)

h) Indenização Especial de Filhos Póstumos (IEFP)

i) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)

j) Despesas Diversas (DD)

k) Despesas Diversas por Acidente (DDA)

l) Diárias de Internação Hospitalar (DIH)

m) Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)

n) Diárias de Internação em U.T.I (DUTI)

o) Diárias de Internação no Exterior (DIEX)

p) Diárias de Convalescença (DCON)

- q) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)
- r) Diagnóstico de Câncer (DC)
- s) Doenças Congênita dos Filhos (DCF)
- t) Doenças Graves (DG)
- u) Renda Temporária por Incapacidade (RTI)
- v) Renda Temporária por Incapacidade decorrente de acidente Pessoal (RTIA)
- w) Perda de Renda por Desemprego (PRD)
- x) Adaptação de Casa e/ou Veículo (ACV)

**4.4.1. A contratação de quaisquer coberturas adicionais está condicionada a contratação de ao menos uma das coberturas básicas.**

4.5. Para efeito deste Seguro, entende-se por COBERTURAS SUPLEMENTARES :

- a) Inclusão facultativa de cônjuge (IFC)
- b) Inclusão facultativa de filhos (IFF)

4.6. Para cada cobertura contratada é especificado o Capital Segurado na apólice.

4.7. Nas coberturas contratadas, a seguradora responde integralmente pelos prejuízos decorrentes dos riscos cobertos até o respectivo capital segurado.

A seguir o detalhamento de cada cobertura :

4.8. **Morte (M):** Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do segurado por causas naturais ou acidentais, ocorrido durante o período de vigência do Seguro, observados os riscos excluídos e as demais disposições previstas nas condições contratuais.

4.9. **A cobertura básica de Morte nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais e que podem ser substituídas a critério da Seguradora por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

4.10. **Auxílio Funeral (AUX):** esta cobertura, quando contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso de despesas ou a disponibilização dos serviços Funeral, a critério do(s) Beneficiário(s), até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado, seja por causas naturais ou

acidentais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, nas Condições contratuais.

Estão disponíveis 4 opções para contratação de coberturas (ou utilização do serviço) conforme contratado:

a) Se contratado o Plano Individual(PI) haverá a cobertura (ou utilização do serviço) funeral apenas ao Segurado(a);

b) Se contratado o Plano Familiar(PF) haverá a cobertura (ou utilização do serviço) funeral ao Segurado(a), seu Cônjuge/Companheiro(a) e Filho(a)(s);

c) Se contratado o Plano Familiar Estendido (PFE) haverá a cobertura (ou utilização do serviço) ao Segurado(a), seu Cônjuge/Companheiro(a) , Filho(a)(s) , Pais , Mães, Sogros e Sogra.

4.10.1. A opção pela utilização da prestação de serviço de Funeral deve ser feita mediante solicitação expressa do(s) Beneficiário(s) ou a pessoa responsável pelo sepultamento.

4.10.2. O(s) Beneficiário(s) ou a pessoa responsável pelo sepultamento que optar(em) por utilizar a prestação de serviços Funeral, não terá(ão) qualquer direito a reembolso posterior.

4.10.3. Os eventos abrangidos pela cobertura de Auxílio Funeral(AUX), conforme opção do Beneficiário, estão dispostos abaixo:

a) **Atendimento Social:** Na ocorrência do óbito do Segurado, após a liberação do corpo pelos órgãos competentes e de acordo com os eventos cobertos, a família ou responsável deverá entrar em contato com a funerária de sua escolha, no caso de opção por reembolso. Quando da opção pela prestação de serviço, a Seguradora deverá ser contatada, que após conferir as informações, comunicará a funerária credenciada ou autorizada no município, para que seja providenciado tudo que for necessário para a execução do funeral. O acompanhamento de um membro da família será solicitado, caso a legislação local exija.

b) **Transporte de Familiar para a Liberação do Corpo:** No caso de falecimento do Segurado fora de seu município de residência e havendo a necessidade de um membro da família para liberação do corpo, quando da opção pela prestação do serviço a Seguradora fornecerá um meio de transporte mais apropriado, a seu critério. A Seguradora também fornecerá 2 (duas) diárias de hospedagem em hotel, limitado a R\$ 200,00 (duzentos) reais por diária, para uma pessoa. Qualquer importância monetária que ultrapassar este limite será de responsabilidade da família e/ou responsável pelo Segurado. Quando da opção por reembolso, esta

despesa será ressarcida mediante comprovação e respeitado o Capital Segurado contratado.

c) **Funeral:** Composto pelos seguintes itens, de acordo com o limite de despesas fixado:

- I. Urna;
- II. Higienização básica e ornamentação do corpo (com flores da estação);
- III. Coroa de flores da estação;
- IV. Véu;
- V. Paramentos e velas (cavaletes, castiçais e Cristo ,conforme região disponibilizados quando necessário e permitido pela família);
- VI. Carro fúnebre para remoção dentro do município;
- VII. Registro do óbito em cartório, quando autorizado pela legislação local;
- VIII. Livro de presença (conforme disponibilidade local);
- IX. Locação de sala para velório em capelas municipais ou particulares;
- X. Taxas de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia do Segurado);
- XI. Taxa de Cremação
- XII. Locação de Jazigo (por três anos) em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente, quando necessário e disponível na cidade.

d) Em caso de opção pela prestação de serviços intermediados pela Seguradora, **todos os itens acima serão disponibilizados conforme infraestrutura local.** Não caberá à Seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou sejam comercializados em determinadas praças.

#### 4.10.4. **Opção pela prestação de serviços:**

4.10.4.1 Quando contratada a cobertura e realizada a opção pela prestação dos serviços de assistência funeral, os serviços garantidos por este Seguro serão prestados dentro das normas legais e regulamentares de cada município onde se realizarem.

4.10.4.2 Ressalta-se que a boa execução dos serviços dependerá,

também, da colaboração dos familiares do Segurado, os quais deverão acionar imediatamente o serviço de assistência funeral na eventualidade do óbito do Segurado, dispondo-se a acompanhar a pessoa indicada para providenciar o funeral, junto aos órgãos e repartições públicas, sempre que for necessário.

4.10.5. Ao se acionar a cobertura de Auxílio Funeral (AUX), deverá ser informado o nome do Segurado falecido e o número da Apólice correspondente.

4.10.5.1 O presente Seguro não contempla a prestação dos seguintes serviços:

- a) Aquisição de jazigo ou carneiro;
- b) Cremação, para Segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço e que esteja a mais de 100km (cem quilômetros) do local onde ocorreu o óbito;
- c) Despesas extras ou não previstas no padrão de serviço contratado;
- d) Pedidos de assistência funeral ou reembolso para eventos anteriores ao início de vigência do Seguro;
- e) Exumação de corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;
- f) Custos de manutenção do jazigo.

4.10.6 Não serão prestados os serviços nas localidades onde a legislação não permita que a Seguradora ou seus conveniados possam intervir.

4.11. **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)** : cobertura, quando contratada, garante uma indenização ao próprio segurado, proporcionalmente ao valor do capital segurado contratado e estabelecido na apólice ou Contrato de Seguros, diante das ocorrências e nos graus estabelecidos no **Anexo I – Tabela Para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Por Acidente**, parte integrante destas Condições Contratuais, quando ocorrer a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, comprovada por laudo médico e irreversível de reabilitação ou recuperação, desde que terminado o tratamento e esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação no momento de sua constatação.

4.11.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Invalidez

Permanente Total por Acidente (IPTA).

4.11.2. **A Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam.** Se, depois de liquidada uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

4.11.3. Após a conclusão do tratamento e verificada a existência de Invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, que seguem na tabela constante no **ANEXO - I , TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE.**

4.11.4. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução 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).

4.11.5 Nos casos não especificados no **ANEXO - I, TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE,** a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado.

4.11.6. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a da indenização prevista para sua perda total.

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

4.11.8. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que se trata esta cobertura.

**4.12. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Antecipação:**  
É a cobertura que quando contratada garante a antecipação do pagamento de um percentual da Cobertura Morte (M) em caso de invalidez funcional permanente e total por doença do Segurado, em consequência de doença que cause a perda de sua Existência Independente. O percentual da Cobertura Morte (M) que será antecipado em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado será definido no Contrato de Seguro.

4.12.1. A cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Antecipação (IFPD) não é extensiva aos Segurados Dependentes.

4.12.2. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Antecipação não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Autônoma.

4.12.3. Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez por doença, se o percentual previsto para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Antecipação for inferior a 100% da cobertura de Morte (M), o Seguro continuará vigorando somente com a cobertura de Morte (M), com o Capital Segurado deduzido do valor indenizado para Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Antecipação, e as demais coberturas vigentes. Caso a antecipação seja igual a 100% da cobertura de Morte(M) o seguro será cancelado.

4.12.4. A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. O Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos solicitados pela Seguradora.

4.12.5. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através do **ANEXO - II - Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF**, anexo a estas Condições, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos.

4.12.6. A invalidez funcional permanente deve ser comprovada através de declaração médica e aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam

subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

**4.12.7. Risco Coberto: Para fins desta cobertura, considera-se como risco coberto 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 cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- h) Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- i) Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
- j) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;

- k) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- l) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;
- m) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

**4.13. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Autônoma:** É a cobertura que quando contratada garante o pagamento do Capital Segurado em caso de invalidez funcional permanente e total por doença do Segurado, em consequência de doença que cause a perda de sua Existência Independente. O percentual da Cobertura Morte (M) que será indenizado em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado será definido no Contrato de Seguro.

4.13.1. A cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Autônoma (IFPD) não é extensiva aos Segurados Dependentes.

4.13.2. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Autônoma não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Antecipação.

4.13.3 A partir do momento em que a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Autônoma for extinta, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

4.13.4. A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. O Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos solicitados pela Seguradora.

4.13.5. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através do **ANEXO - II - Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF**, anexo a estas Condições, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos.

4.13.6. A invalidez funcional permanente deve ser comprovada através de declaração médica e aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos

certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

**4.13.7. Risco Coberto: Para fins desta cobertura, considera-se como risco coberto 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 cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- h) Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- i) Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;

j) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;

k) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;

l) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;

m) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

**4.14. Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD):** É a cobertura que quando contratada garante o pagamento de um percentual da cobertura Morte (M) ao próprio Segurado, em caso de Invalidez Permanente e Total por Doença, comprovada através de declaração médica, para o exercício de sua atividade laborativa principal. Considerada como tal aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento da sua constatação, causada por doença, desde que a doença que determinou a incapacidade não tenha sido contraída antes da data de contratação do Seguro.

4.14.1 Cobertura Adicional de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) não é extensiva aos Segurados Dependentes.

4.14.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

4.14.3. Não podem configurar como Segurados para fins desta cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

4.14.4. O percentual da Cobertura Morte (M) que será indenizado em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença do Segurado será definido no Contrato de Seguro.

4.14.5. Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez por doença, se o percentual previsto para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) for inferior a 100% da cobertura de Morte (M), o Seguro continuará vigorando somente com a cobertura de Morte (M), com o Capital Segurado deduzido do valor indenizado para Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), e as demais coberturas vigentes. Caso a antecipação seja igual a 100% da cobertura de Morte(M) o seguro será cancelado.

4.14.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhada, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que tratam esta cobertura.

**4.15. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):** É a cobertura que quando contratada garante pagamento do Capital Segurado ao próprio Segurado, relativa à perda ou a impotência funcional definitiva total de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste Seguro.

4.15.1 A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

4.15.2 A Indenização Especial por Indenização Especial por Morte Acidental (IEA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não se acumulam. Se, depois de liquidada uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente. Se a importância paga for de 100% do capital de Morte(M) o seguro será cancelado.

4.15.3 Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, serão indenizados exclusivamente os casos de invalidez permanente que seguem na tabela constante no **ANEXO - I , TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE**

4.15.4 Em caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, não caberá pagamento de indenização. Quando se tratar de lesões múltiplas, serão indenizados os casos em que o somatório dos graus de invalidez, determinados conforme Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente, seja igual ou superior a 100% (cem por cento).

4.15.5 O limite para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente será sempre igual ao Capital Segurado contratado e para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

4.15.6 A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que se trata esta cobertura.

4.16. **Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA):** É a cobertura que quando contratada garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do Segurado ocasionada pelo evento Acidente Pessoal, ocorrido durante a vigência do Seguro.

4.16.1 As indenizações de Morte (M) e de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) se acumulam.

4.17. **Indenização Especial De Filhos Póstumos (IEFP):** É a cobertura que quando contratada garante ao responsável legal pelo nascituro o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, seja natural ou acidental, ocorrida durante o período gestacional, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Contratuais e do Contrato.

4.17.1. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Morte (M).

4.17.2. Quando o Segurado for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro aconteça até 300 (trezentos) dias corridos a começar da data da morte do Segurado, do sexo feminino.

4.17.3. Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida igualmente entre o número de filhos, respeitada apresentação da documentação necessária e o limite do capital contratado para esta cobertura.

4.17.4. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar na apólice.

4.17.5. Para efeito de validade considera-se o recém-nascido, filho do Segurado, que ao nascer, respira ou demonstre qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

4.17.6. A indenização será devida somente após o nascimento do filho(a) do segurado, sendo considerado o capital segurado vigente na data do falecimento do Segurado, independentemente da quantidade de nascituro(s) do período gestacional.

4.18. **Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO):** É a cobertura que quando contratada garante reembolso das despesas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente. A Seguradora indenizará por evento as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares, incluídas a

critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, até o valor contratado para a referida cobertura.

4.18.1. Não estão abrangidas as despesas decorrentes de Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes e Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

4.18.2. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

4.19. **Despesas Diversas (DD):** É a cobertura que quando contratada garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de morte do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Contratuais.

4.19.1. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte (M) e a ela se vincula, de forma que somente será devida a Indenização se caracterizado o evento relativo à cobertura de Morte (M).

4.19.2. A cobertura de Despesas Diversas (DD) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Despesas Diversas por Acidente (DDA).

4.19.3. Carência: O prazo de carência, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.20. **Despesas Diversas por Acidente (DDA):** É a cobertura que quando contratada garante ao(s) Beneficiários o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de morte acidental do Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Condições Contratuais.

4.20.1. A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte (M) ou Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e a elas se vincula, de forma que somente será devida a indenização se caracterizado o evento relativo à Cobertura de Morte (M) ou Invalidez Especial de Morte por Acidente (IEA).

4.20.2. A cobertura de Despesas Diversas por Acidente (DDA) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Despesas Diversas (DD).

4.21. **Diárias por Internação Hospitalar (DIH):** É a cobertura que quando contratada garante o pagamento de uma diária ou mais diárias ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante no Contrato de Seguro, para cada dia

de internação hospitalar dele, em consequência de doença ou de acidente pessoal. A quantidade de diárias contratadas será definida no Contrato de Seguro e é limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitados os prazos de franquia e de carência previstos nos subitens **4.21.3** e **4.21.4** desta cobertura.

4.21.1. A contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.

4.21.2. A cobertura de Diárias por Internação Hospitalar (DIH) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

4.21.3. Franquia: A franquia, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.21.4. Carência: O prazo de carência, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.21.5. O próprio Segurado será o Beneficiário desta cobertura. Caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s).

4.21.6. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas e nos comprovantes da internação hospitalar. Caso o Segurado esteja internado na data de vencimento do prêmio do Seguro, a cobertura dar-se-á a sua alta hospitalar, observado o limite de diárias do Seguro. As indenizações serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável contratado.

4.21.7. Na falta de indicação do(s) Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a(s) Diária(s) Segurada(s) será(ão) paga(s) por metade ao cônjuge não separado, e o restante aos herdeiros do Segurado. Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

4.21.8. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

**4.22. Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA):** É a cobertura que quando contratada garante o pagamento de uma ou mais diárias ao próprio Segurado, de acordo com o valor contratado e constante no Contrato de Seguro, para cada dia de internação hospitalar desse. Estarão cobertas somente as

internações hospitalares decorrentes de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do Seguro, desde que iniciadas em até 30 (trinta) dias da data do acidente.

4.22.1. A quantidade de diárias contratadas será definida no Contrato de Seguro e é limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitado o prazo de franquias previsto no subitem **4.22.3** desta condição e a contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquias.

4.22.2. A cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Diárias por Internação Hospitalar (DIH).

4.22.3. Franquia: A franquias, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.22.4. O próprio Segurado será o Beneficiário desta cobertura. Caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s).

4.22.5. O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.

4.22.6. Na falta de indicação do(s) Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a(s) Diária(s) Segurada(s) será(ão) paga(s) por metade ao cônjuge não separado, e o restante aos demais herdeiros do Segurado. Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

4.22.7. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

4.22.8. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no Formulário de Aviso de Sinistro e nos comprovantes da internação hospitalar.

4.22.9. Caso o Segurado esteja internado na data de vencimento do prêmio do Seguro, a cobertura dar-se-á a sua alta hospitalar, observado o limite de diárias do Seguro.

4.22.10. As indenizações serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no

mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável contratado.

**4.23. Diárias por Internação em U.T.I. (DUTI):** É a cobertura que quando contratada garante o pagamento de uma ou mais diárias ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante no Contrato de Seguro, para cada dia de internação hospitalar do mesmo em U.T.I. (Unidade de Terapia Intensiva), em consequência de doença ou de acidente pessoal. A quantidade de diárias contratadas será definida no Contrato de Seguro e é limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitado o prazo de carência previsto no subitem **4.23.3** desta cobertura.

4.23.1. A contratação desta cobertura está condicionada à contratação das coberturas de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) ou Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) e a ela se vincula, de forma que somente será devida a Indenização se caracterizado o evento relativo à cobertura de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) ou Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

4.23.2. Caso essa cobertura esteja vinculada à cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), o evento gerador para direito à indenização condiciona-se exclusivamente ao evento acidente pessoal.

4.23.3. Carência: O prazo de carência, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.23.4. Franquia: A franquia, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.23.5. O próprio Segurado será o Beneficiário desta cobertura. Caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s). A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no Formulário de Aviso de Sinistro e nos comprovantes da internação hospitalar.

4.23.6. O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.

4.23.7. Na falta de indicação do(s) Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a(s) Diária(s) Segurada(s) será(ão) paga(s) por metade ao cônjuge não separado, e o restante aos herdeiros do Segurado. Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge..

4.23.8. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

4.23.9. Caso o Segurado esteja internado na data de vencimento do prêmio do Seguro, a cobertura dar-se-á a sua alta hospitalar, observado o limite de diárias do Seguro.

4.23.10. As indenizações serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável contratado.

**4.24. Diárias por Internação no Exterior (DIEX):** É a cobertura que quando contratada garante o pagamento de uma ou mais diárias ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante no Contrato de Seguro, para cada dia de internação hospitalar do mesmo efetuada no exterior, em consequência de doença ou acidente pessoal. A quantidade de diárias contratadas será definida no Contrato de Seguro e é limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitados os prazos de franquia e de carência previstos nos subitens **4.24.3** e **4.24.4** desta cobertura.

4.24.1. A contratação desta cobertura está condicionada à contratação das coberturas de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) ou Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) e a ela se vincula, de forma que somente será devida a Indenização se caracterizado o evento relativo à cobertura de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) ou Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

4.24.2. Caso essa cobertura esteja vinculada à cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), o evento gerador para direito à indenização condiciona-se exclusivamente ao evento acidente pessoal.

4.24.3. Franquia: A franquia, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.24.4. Carência: O prazo de carência, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.24.5. Beneficiários: O próprio Segurado será o Beneficiário. Caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s). A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no Formulário de Aviso de Sinistro e nos comprovantes da internação hospitalar.

4.24.6. O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.

4.24.7. Na falta de indicação do(s) Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a(s) Diária(s) Segurada(s) será(ão) paga(s) por metade ao cônjuge não separado, e o restante aos herdeiros do Segurado. Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

4.24.8. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

4.24.9. Caso o Segurado esteja internado na data de vencimento do prêmio do Seguro, a cobertura dar-se-á a sua alta hospitalar, observado o limite de diárias do Seguro.

4.24.10. As indenizações serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável contratado.

4.25. **Diárias por Convalescença (DCON):** É a cobertura que quando contratada garante o pagamento de uma ou mais diárias ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante no Contrato de Seguro, para cada dia de internação hospitalar dele, em consequência de doença ou de acidente pessoal. O valor a ser indenizado corresponderá, após a alta hospitalar, a um percentual do valor indenizado pela cobertura de Diárias por Internação Hospitalar (DIH) ou Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

4.25.1. A contratação desta cobertura está condicionada à contratação das coberturas de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) ou Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) e a ela se vincula, de forma que somente será devida a Indenização se caracterizado o evento relativo à cobertura de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) ou Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

4.25.2. Caso essa cobertura esteja vinculada à cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), o evento gerador para direito à indenização condiciona-se exclusivamente ao evento acidente pessoal.

4.25.3. Franquia: A franquia, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.25.4. Carência: O prazo de carência, quando houver, constará na Proposta de

Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.25.5. O próprio Segurado será o Beneficiário desta cobertura. Caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s).

4.25.6. O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.

4.25.6.1 Na falta de indicação do(s) Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a(s) Diária(s) Segurada(s) será(ão) paga(s) por metade ao cônjuge não separado, e o restante aos herdeiros do Segurado. Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

4.25.7. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

4.25.8. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no Formulário de Aviso de Sinistro e nos comprovantes da internação hospitalar.

4.26. **Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA):** É a cobertura que quando contratada garante o pagamento de uma ou mais diárias ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante no Contrato de Seguro, em função da impossibilidade contínua e ininterrupta do mesmo de exercer sua profissão ou ocupação em decorrência de acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observado o número de diárias contratadas, que será definido no Contrato de Seguro, e é limitado a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

4.26.1. As Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) são devidas a partir do primeiro dia após o término do período de franquia, observando o disposto no subitem **4.26.3.** pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.

4.26.2. A cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) não poderá ser contratada, simultaneamente, com as coberturas de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) e Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA).

4.26.3. A franquia que será definida no Contrato de Seguro e será contada, para cada evento, a partir da data de afastamento do Segurado da sua atividade

profissional ou ocupação. Durante este período o Segurado não terá direito à cobertura contratada. O período da franquia nunca será superior a 15 (quinze) dias.

**4.27. Diagnóstico de Câncer (DC):** É a cobertura que quando contratada garante ao próprio Segurado a o pagamento de indenização, limitado a 100% (cem por cento), da cobertura de Morte (M) em caso de diagnóstico definitivo de qualquer das doenças neoplásicas, exceto se decorrente de risco excluído.

4.27.1. O diagnóstico definitivo de câncer deverá ser comprovado através de exames médicos, deverá ocorrer dentro de período de vigência Individual do Seguro e após o cumprimento da carência, se houver.

4.27.2. Encontra-se coberta a doença acima caracterizada, devendo seu diagnóstico preencher os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelas respectivas sociedades médicas científicas especializadas e pelo Ministério da Saúde e comunicado à Seguradora.

4.27.3. Deve ser diagnosticado por médico habilitado em oncologia e demonstrado através dos laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso;

4.27.4. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à seguradora. Em hipótese nenhuma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de um câncer.

4.27.5. Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por diagnóstico de câncer, se o percentual previsto para a cobertura de Diagnóstico de Câncer for inferior a 100% da cobertura de Morte (M), o Seguro continuará vigorando com cobertura de Morte (M) com o Capital Segurado deduzido do valor indenizado para Diagnóstico de Câncer e demais coberturas contratadas com o Capital Segurado originalmente contratado.

4.27.6. Nenhum benefício será pago com base em diagnósticos feitos por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que estejam vivendo na mesma residência do Segurado, independente desta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

4.27.7. Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento da ocorrência de uma das doenças previstas nesta cobertura, a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro.

4.27.8. O Segurado deverá autorizar, por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu

atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade delas.

4.27.9. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico.

4.27.10. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora;

4.27.11. Ao atingir 65 (sessenta e cinco) anos de idade, e encerrando o período do contrato vigente a cobertura de diagnóstico de câncer, poderá ser cancelada.

4.27.12. Carência: O prazo de carência, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.28. **Doenças Congênitas dos Filhos (DCF):** É a cobertura que quando contratada garante o pagamento do Capital Segurado ao Segurado, em razão do nascimento de filho legítimo, com vida, portador de doença congênita, desde que diagnosticada e comprovada até o final da vigência do Seguro.

4.28.1. Para fins deste Seguro, serão consideradas como doenças congênitas as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por más formações anatômicas, presentes no nascimento, diagnosticadas e comprovadas como congênitas, por uma declaração de médico especialista, sejam quais forem as suas causas.

4.28.2. A doença congênita deve ser comprovada por documentação médica pertinente até o final da vigência do Seguro, devendo, ainda, ser reconhecida pela Seguradora.

4.28.3. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatada a doença para ambos os filhos, o Capital Segurado a ser indenizado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

4.28.4 O Segurado compromete-se a submeter o filho à perícia médica, caso seja necessário e desde que requerido pela Seguradora.

4.29. **Doenças Graves (DG):** É a cobertura que quando contratada garante ao próprio Segurado o pagamento de indenização limitado a 100% do Capital Segurado contratado para a Cobertura Morte (M), quando ele apresentar qualquer uma das doenças graves ou procedimentos cirúrgicos relacionados e descritos no subitem 4.29.3 desta cobertura, respeitado o prazo de carência previsto no subitem 4.29.4 desta cobertura e as demais disposições aplicáveis.

4.29.1. A presente Cobertura Adicional será extinta, integralmente no término do período de vigência, sem possibilidade de renovar, em caso de ocorrência de

uma das seguintes situações:

a) Quando a Seguradora realizar o pagamento da indenização prevista pela Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG). Neste caso o Seguro continuará vigorando somente com o valor correspondente a Cobertura Morte (M) deduzida a indenização prevista pela Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG); ou

b) Quando o Segurado completar 70 (setenta) anos de idade. Neste caso o Seguro continuará vigorando somente com as coberturas remanescentes a partir da renovação do período vigente.

4.29.2. A partir do momento em que a Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG) for extinta, o prêmio do Seguro será recalculado em função do valor do Capital Segurado das coberturas remanescentes.

4.29.3. As doenças graves e os procedimentos cirúrgicos abrangidos por esta Cobertura Adicional correspondem, exclusivamente, aos seguintes eventos:

a) Neoplasia Maligna (CÂNCER);

b) Acidente Vascular Cerebral (AVC);

c) Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (PONTE DE SAFENA);

d) Cirurgia de Válvulas Cardíacas e de Aorta;

e) Parkinson

f) Alzheimer

g) Esclerose Múltipla

h) Insuficiência Renal Terminal

i) Transplante de Órgãos

j) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

e) As sequelas neurológicas deverão ser comprovadas, por intermédio de exame(s) e de atestado médico, após transcorrido o período de 90 (noventa) dias contados a partir da data do diagnóstico do AVC.

4.29.4. Carência: O prazo de carência, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual. Todo e qualquer evento caracterizado como doença grave ou procedimento cirúrgico no subitem **4.29.3** desta cobertura, destas Condições Contratuais, cuja data do seu

respectivo diagnóstico ou procedimento cirúrgico se situe dentro do período de carência, não será coberto pela Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG).

**4.30. Renda Temporária por Incapacidade (RTI):** É a cobertura que quando contratada garante o pagamento da renda, por período indenizável a ser definido no Contrato de Seguro, o qual é limitado a no máximo 365 (trezentos e sessenta e cinco) dia por evento e ano de vigência do Seguro, destinada ao Segurado que, por motivo de doença ou acidente pessoal, ficar incapacitado de exercer a sua principal atividade laboral remunerada, exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Contratuais do Seguro e os prazos de franquia previstos no subitem 4.30.2 desta cobertura.

4.30.1. A cobertura de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) não poderá ser contratada, simultaneamente, com as coberturas de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA).

4.30.2. A franquia que será definida no Contrato de Seguro e será contada, para cada evento, a partir da data de afastamento do Segurado da sua atividade profissional ou ocupação. Durante este período o Segurado não terá direito à cobertura contratada. O período da franquia nunca será superior a 15 (quinze) dias.

4.30.3. Comprovado o desemprego involuntário, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária, limitado ao período indenizável e/ou prazo contratado.

4.30.4. A Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora durante o período indenizável e /ou prazo contratado.

4.30.5. Nos casos em que o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias será necessário enviar à Seguradora cópia do Atestado Médico comprovando a continuidade da invalidez.

4.30.6. Comprovada a incapacidade e o direito à cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária, limitado ao período indenizável contratado, de acordo com o período de incapacidade atestada por relatório médico.

4.30.7. Quando o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias, a Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base o período de incapacidade do Segurado definido por relatório e atestado médico atualizado que deverá ser entregue mensalmente.

4.30.8. Quando o período de incapacidade não superar 30 (trinta) dias, a

Seguradora efetuará um único pagamento no valor proporcional da Renda Mensal Temporária contratada correspondente ao período de incapacidade do Segurado, a contar do término do período de franquia, conforme subitem 4.30.2 desta cobertura, até a alta médica.

4.30.9. Se, durante o período de incapacidade, o Segurado vier a falecer, cessará o direito à cobertura. Neste caso, os beneficiários do Segurado receberão a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que, em vida, o Segurado permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal laboral remunerada declarada. Após o pagamento da Renda Mensal Temporária ainda devida, passará a ser indenizada a ocorrência da morte do Segurado, através das coberturas Morte (M) ou Indenização Especial por Morte por Acidente (IEA), quando couber e de acordo com o plano contratado.

4.30.10. Se o Segurado vier a se aposentar por tempo de serviço, no decorrer do seu período de incapacidade, considera-se extinto o interesse segurado (renda) e por consequência o direito a receber o benefício. Neste caso, o Segurado receberá a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que ele permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal laboral remunerada declarada.

4.30.11. A aposentadoria vinculada à invalidez originária do evento não prejudica o pagamento do benefício.

4.30.12. O Segurado não terá direito à cobertura se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal laboral remunerada por período igual ou inferior ao período de franquia.

4.30.13. A Renda Mensal Temporária será devida do dia subsequente ao término da franquia até a alta médica ou, em caso de falecimento do Segurado, até a data do óbito.

4.30.14. A Renda Mensal Temporária, para o mesmo ciclo de vigência anual da cobertura individual, em hipótese alguma será devida além do prazo e/ou período indenizável contratado para as coberturas.

4.30.15. Quando o período de incapacidade não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor proporcional da Renda Mensal Temporária contratada correspondente ao período de incapacidade do Segurado, a contar do término do período de franquia.

**4.31. Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA):** É a cobertura que quando contratada garante o pagamento da renda contratada, por período indenizável a ser definido no Contrato de Seguro, o qual

é limitado a no máximo 365 (trezentos e sessenta e cinco) dia por evento e ano de vigência do Seguro, destinada ao Segurado que, por motivo de acidente pessoal coberto, ficar incapacitado de exercer a sua principal atividade laboral remunerada, exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Contratuais do Seguro e o prazo de franquia previsto no subitem 4.31.2 desta cobertura.

4.31.1. A cobertura de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) não poderá ser contratada, simultaneamente, com as coberturas de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA).

4.31.2. A franquia que será definida no Contrato de Seguro e será contada, para cada evento, a partir da data de afastamento do Segurado da sua atividade profissional ou ocupação. Durante este período o Segurado não terá direito à cobertura contratada. O período da franquia nunca será superior a 15 (quinze) dias.

4.31.3. Comprovado o desemprego involuntário, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária, limitado ao período indenizável e/ou prazo contratado.

4.31.4. A Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora durante o período indenizável e /ou prazo contratado.

4.31.5. Nos casos em que o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias será necessário enviar à Seguradora cópia do Atestado Médico comprovando a continuidade da invalidez.

4.31.6. Comprovada a incapacidade e o direito à cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária, limitado ao período indenizável contratado, de acordo com o período de incapacidade atestada por relatório médico.

4.31.7. Quando o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias, a Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base o período de incapacidade do Segurado definido por relatório e atestado médico atualizado que deverá ser entregue mensalmente.

4.31.8. Se, durante o período de incapacidade, o Segurado vier a falecer, cessará o direito à cobertura. Neste caso, os beneficiários do Segurado receberão a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que, em vida, o Segurado permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal laboral remunerada declarada. Após o pagamento da Renda Mensal Temporária ainda devida, passará a ser indenizada a ocorrência da morte do Segurado, através das coberturas Morte (M) ou Indenização Especial por Morte por Acidente

(IEA), quando couber e de acordo com o plano contratado.

4.31.9. Se o Segurado vier a se aposentar por tempo de serviço, no decorrer do seu período de incapacidade, considera-se extinto o interesse segurado (renda) e por consequência o direito a receber o benefício. Neste caso, o Segurado receberá a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que ele permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal laboral remunerada declarada.

4.31.10. A aposentadoria vinculada à invalidez originária do evento não prejudica o pagamento do benefício.

4.31.11. O Segurado não terá direito à cobertura se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal laboral remunerada por período igual ou inferior ao período de franquia.

4.31.12. A Renda Mensal Temporária será devida do dia subsequente ao término da franquia até a alta médica ou, em caso de falecimento do Segurado, até a data do óbito.

4.31.13. A Renda Mensal Temporária, para o mesmo ciclo de vigência anual da cobertura individual, em hipótese alguma será devida além do prazo e/ou período indenizável contratado para as coberturas.

4.32. **Perda de Renda por Desemprego (PRD):** É a cobertura que quando contratada garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado, quando da perda de emprego do Segurado. Os pagamentos serão realizados mensalmente, durante o prazo definido no Contrato, limitados ao período durante o qual o Segurado permanecer desempregado e observados os períodos de carência e franquia, se houver.

4.32.1. A demissão deverá ter ocorrido sem justa causa, e não poderá ser decorrente de pedido de demissão pelo Segurado. Para fazer jus à cobertura, o Segurado deverá comprovar a permanência no último emprego pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses consecutivos e ininterruptos.

4.32.2. O Segurado deverá comprovar a perda de emprego do Trabalho Formal, sendo este a Atividade principal, por meio da Declaração de Imposto de Renda.

4.32.3. O Segurado deverá ser trabalhador formal, contratado por meio de contrato de trabalho registrado em carteira profissional (CTPS) no regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) ou investido em cargo público sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), no qual não há estabilidade no emprego.

4.32.4. A perda do emprego deverá estar relacionada à Atividade Principal do Segurado, não havendo cobertura quanto aos demais empregos que não o principal, quando existirem.

4.32.5. A cobertura Adicional de Perda de Renda por Desemprego (PRD) não é extensiva aos Segurados Dependentes.

4.32.6. Esta cobertura está sujeita a carência e franquia estabelecida no Contrato. Após o cumprimento da franquia estabelecida no Contrato, o Segurado deverá comprovar que permanece desempregado.

4.32.7. Importante: Esta cobertura só poderá ser contratada por profissionais que contenham vínculo empregatício.

4.32.8. Franquia: A cobertura de Perda de Renda por Desemprego (PRD) está sujeita a quantidade de dias de franquia estabelecida no Contrato de Seguro. O período de franquia nunca será superior a 30 (trinta) dias.

4.32.9. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente.

4.32.10. Comprovado o desemprego involuntário, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária, limitado ao período indenizável e/ou prazo contratado.

4.32.11. A Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora durante o período indenizável e /ou prazo contratado.

4.32.12. Se, durante o período de incapacidade, o Segurado vier a falecer, cessará o direito à cobertura. Neste caso, os beneficiários do Segurado receberão o capital segurado, ainda não indenizado, limitado ao prazo definido no contrato. Após o pagamento do capital segurado ainda devido, passará a ser indenizada a ocorrência da morte do Segurado, através das coberturas Morte (M), quando couber e de acordo com o plano contratado.

4.33. **Adaptação De Casa E/Ou Veículo (ACV):** É a cobertura que quando contratada garante o reembolso das despesas ocorridas com a adequação da residência regular do Segurado ou em seu veículo particular, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, caso o Segurado venha, por indicação de um médico, necessitar desta alteração e/ou modificação, por causa de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos destas Condições Contratuais.

4.33.1. As despesas com a referida adequação acima, têm de ter ocorrido em até 18 (dezoito) meses a contar da data do acidente coberto, ocorrido no período de

vigência da apólice.

**4.34. Inclusão facultativa de Cônjuge (IFC):** Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir o cônjuge/companheiro(a) do segurado, garantindo o pagamento de capital segurado contratado aos Beneficiários, na ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, durante a vigência do seguro, observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais. Esta cobertura possibilita a contratação das seguintes coberturas, desde que contratadas para o Segurado:

- a) Morte (M),
- b) Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA)
- c) Auxílio Funeral (AUX),
- d) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)
- e) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

4.34.1. Conforme especificado no Contrato de Seguro, a inclusão de cônjuge será de forma facultativa.

4.34.2. Os(as) companheiros(as) dos Segurados, que já se encontravam separados judicialmente, ou de fato, quando contrataram o seguro, serão equiparados aos cônjuges.

4.34.3. O Capital Segurado do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado, sendo ratificado no Contrato de Seguro.

4.34.4. Os prêmios relativos aos Segurados dependentes serão pagos pelo Segurado junto com os prêmios de suas próprias coberturas.

4.34.5. Além das hipóteses previstas no Risco Excluídos desta condição contratual, esta cobertura cessa:

- a) Com o cancelamento desta cobertura;
- b) Quando for cancelada, por qualquer motivo, a cobertura contratada para o Segurado ;
- c) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;

d) Na ocorrência de separação judicial/de fato ou divórcio;

e) No caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, quando se tratar de companheiro(a);

f) Dissolução da união estável;

g) Com a morte do Segurado ou cônjuge/companheiro(a), sua invalidez permanente total por acidente ou sua invalidez funcional permanente e total por doença; e

4.34.6. Para efeito desta cobertura, o Beneficiário será:

a) O(a) próprio(a) Segurado(a), para eventos decorrentes da morte do cônjuge/companheiro(a);

b) Para as demais coberturas que possam existir, o próprio cônjuge/companheiro(a).

4.35. **Inclusão facultativa de Filhos (IFF):** Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir todo(s) o(s) filho(s) do Segurado, garantindo o pagamento do capital segurado contratado ao(s) Beneficiário(s) do seguro, na ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, ocorrido durante a vigência do seguro, observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.

4.35.1. A cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – (IAF) possibilita a contratação das seguintes coberturas, desde que contratadas para o Segurado:

**a)** Morte (M)

**b)** Auxílio Funeral (AUX)

4.35.2. A cobertura suplementar de Inclusão Facultativa de Filhos – IFF fica condicionada à contratação da cobertura suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge – IFC.

4.35.3. Serão considerados os filhos conforme regulamento do imposto de renda:

a) Menores, até 18 (dezoito) anos;

b) Entre 18 (dezoito) e 21(vinte e um) anos, desde que sejam

dependentes do segurado principal; para fins legais;

c) Até 24 (vinte e quatro) anos, se universitário ou cursando escola técnica;

d) Qualquer idade, se for considerado incapaz (física ou mentalmente) para o trabalho;

e) Os enteados, observadas as mesmas condições para os filhos;

4.35.4. Qualquer disposição diferente desta deverá ser definido no Contrato de Seguro.

4.35.5. Em caso de morte do filho, a indenização será devida ao Segurado Principal.

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

4.35.7. Além das hipóteses previstas no Risco Excluídos deste condição contratual, esta cobertura cessa:

a) com o cancelamento da respectiva cláusula suplementar;

b) nos casos de exclusão do Segurado Principal da apólice, inclusive por morte;

c) a pedido do Segurado Principal.

4.36. Quando previsto no Contrato de Seguro, poderão ser incluídos no Seguro, como segurados dependentes os cônjuges e filhos do Segurado.

4.37. Conforme especificado no Contrato de Seguro, a inclusão de dependentes no Seguro poderá ser feita das seguintes formas: Adesão Facultativa, quando abranger os dependentes dos segurados principais que assim o autorizarem.

4.38. Na contratação de forma facultativa, o segurado principal deverá fornecer, obrigatoriamente, informações sobre o segurado dependente como o nome completo, número único de identificação e grau de parentesco, no mínimo.

4.39. Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos segurados principais, se

ao tempo do Contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

- 4.40. Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal.
- 4.41. O Capital Segurado do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato de Seguro.
- 4.42. O Capital Segurado dos filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato de Seguro
- 4.43. Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.
- 4.44. Os prêmios relativos aos segurados dependentes serão pagos pelo Segurado Principal junto com os prêmios de suas próprias coberturas.

## **CLÁUSULA 5 – RISCOS EXCLUÍDOS**

- 5.1. **Estão excluídos de todas as coberturas os eventos ocorridos em consequência:**
  - a) **De qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, 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;**
  - b) **De perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
  - c) **De ato ilícito doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante legal de um ou de outro, salvo o dolo do representante do segurado ou do beneficiário em prejuízo desses**
  - d) **Do 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;

- e) **Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, 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 decorrentes, excetuando-se os casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- f) **De tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;**
- g) **Do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual;**
- h) **De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, excetuando-se os casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- i) **De furacões, tufões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- j) **De epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;**
- k) **De choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto;**
- l) **De hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.**
- m) **Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional**
- n) **As doenças cujas evoluções naturais tenham sido agravadas por traumatismos.**
- o) **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.**

- p) De tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências.
- q) De diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica
- r) De tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências.
- s) De tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências.
- t) De tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas

5.2. Além dos riscos excluídos mencionados no item 5.1, estão também expressamente excluídos das coberturas de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Diárias por Internação Hospitalar Decorrente de Acidente Pessoal (DIHA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) e Despesas Diversas por Acidente (DDA), os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- b) Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos na vigência do Seguro;
- c) Tratamento odontológico e ortodôntico mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- d) Lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoal coberto;
- e) Internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadas pela expressão "acidentes vasculares cerebrais";
- f) Qualquer tratamento de doença e suas consequências que não decorra de acidente pessoal coberto;
- g) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos;
- h) Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas, ou qualquer outro não reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina;
- i) Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer

eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas;

- j) Internação domiciliar;
- k) Qualquer tipo de exame ou check-up preventivo; e
- l) Procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório.
- m) De investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação.
- n) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

5.3. Além dos riscos excluídos mencionados no item 5.1 e 5.2, estão também expressamente excluídos das coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à contratação deste Seguro, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação.
- b) Doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado.
- c) Doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído “burnout”, e depressão, mesmo que ocasionadas por acidente pessoal.
- d) Qualquer afastamento ou tratamento médico, cirúrgico ou dentário não decorrentes de acidente pessoal coberto e suas consequências.
- e) Todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral.
- f) Afastamentos relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorroidas.
- g) Períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses.
- h) Tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências.

5.4. Além dos riscos mencionados, estão também expressamente

**excluídos das coberturas decorrentes de acidentes pessoais os eventos ocorridos em consequência dos eventos ao art 5.1 desta Condição Contratual.**

- 5.5. **A Seguradora pagará o capital segurado ainda que a morte ou incapacidade decorra do trabalho, da prestação de serviços militares, de atos humanitários, da utilização de meio de transporte arriscado ou da prática desportiva.**

## **CLÁUSULA 6 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

- 6.1. **As coberturas do Seguro previstas nestas Condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, exceto para as coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), **que se aplicam apenas para eventos ocorridos em território nacional.****
- 6.2. **Este contrato, bem como todas as relações dele decorrentes, serão regidos e interpretados de acordo com a legislação brasileira.**

## **CLÁUSULA 7 - CARÊNCIA**

- 7.1. **O período de carência, quando previsto, será contado a partir do início de vigência estabelecido na Proposta de Contratação e Apólice.**
- 7.2. **Não haverá a incidência de carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para o caso de suicídio que deverá ser respeitada uma carência de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência do seguro, exceto os ocasionados em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.**
- 7.3. **O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido nestas Condições Contratuais ou no Contrato de Seguro.**
- 7.4. **O período de carência não excederá 24 meses a partir do início da data de vigência.**
- 7.5. **Em caso de renovação da apólice, não será iniciado novo prazo de carência.**

## **CLÁUSULA 8 - FRANQUIA**

- 8.1. **As franquias, quando previstas, serão definidas na Proposta de Contratação e Apólice.**
- 8.2. **A cobertura de Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), está sujeita à franquia. A franquia não será paga pela Seguradora e nunca poderá ser superior a 15 (quinze) diárias.**
- 8.3. **As coberturas de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) e Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), estão sujeitas à franquia que constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.**
- 8.4. **A franquia é dedutível por evento, exceto se o Segurado voltar a se afastar em decorrência do mesmo evento dentro de sessenta dias contados da cessação do benefício anterior, nesse caso o Segurado não está sujeito ao cumprimento de nova franquia.**

#### **CLÁUSULA 9 – FORMA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO**

- 9.1. O Seguro deverá ser contratado mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação pelo Proponente, contendo os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros. A Declaração Pessoal de Saúde e Atividades – DPSA é parte integrante da Proposta de Contratação, ficando a sua dispensa a critério da Seguradora.
- 9.2. As alterações durante a vigência do seguro serão realizadas mediante assinatura da respectiva Proposta e posterior formalização por meio de endosso.

#### **CLÁUSULA 10 – ACEITAÇÃO DO SEGURO**

- 10.1. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.
- 10.2. O prazo máximo de análise da Proposta, que será contado a partir da data do seu recebimento, será de 25 (vinte e cinco) dias.
- 10.3. O prazo de 25 (vinte e cinco) dias será suspenso, quando a Seguradora verificar que as informações contidas na proposta de contratação são insuficientes e solicitar a apresentação de informações, declarações, exames médicos ou documentação complementar para auxiliar na avaliação do risco. A contagem do prazo de 25 (vinte e cinco) dias voltará

a reiniciar no dia imediatamente seguinte em que for apresentado o que foi solicitado.

- 10.4. Não havendo manifestação da Seguradora no prazo de 25 (vinte e cinco) dias, o risco estará automaticamente aceito. A não aceitação da proposta de contratação será formalmente comunicada, ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, com justificativa da recusa.
- 10.5. **A seguradora poderá solicitar esclarecimentos ou documentação complementar, como questionário/declaração pessoal de saúde e/ou produção de exames periciais, sendo que o prazo para a recusa terá novo início, a partir do atendimento da solicitação ou da conclusão do exame pericial**
- 10.6. Na proposta deverão ser prestadas todas as informações sobre o risco que permitirão à Seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro.
- 10.7. A emissão e disponibilização da Apólice dentro do prazo de análise da Proposta materializa a sua aceitação pela Seguradora.
- 10.8. A não aceitação da Proposta de Contratação ou da Proposta de Adesão será comunicada ao Proponente por escrito, acompanhada da justificativa da recusa.
- 10.9. Haverá cobertura provisória para sinistros ocorridos durante o prazo de análise, a partir do início de vigência declarado na proposta.
  - a) **Havendo a recusa da Proposta de Contratação ou de Adesão, a cobertura provisória cessará imediatamente após a comunicação formal da recusa pela Seguradora. Nesse caso, a diferença entre o valor pago pelo Proponente e o valor correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura provisória será restituída ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa. Caso não tenha sido efetuado o pagamento de nenhum valor antecipadamente, poderá a Seguradora cobrar o prêmio "pró-rata dia" referente ao período de cobertura provisória.**
- 10.10. Em caso de aceitação da proposta, a Seguradora irá considerar o período de cobertura provisória como de efetiva vigência do Seguro.

## **CLÁUSULA 11 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO**

- 11.1. O início e término da vigência do seguro, se darão às 24 (vinte e quatro)

horas das datas indicadas na Apólice.

- 11.2. O Seguro tem vigência por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo notificando o Segurado 30 dias antes da data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos de acordo com a forma contratada nos termos do Contrato de Seguro.
- 11.3. A renovação automática do Seguro poderá ocorrer de forma sucessiva estendendo-se além da primeira renovação , preservando as informações da vigência anterior.
- 11.4. A renovação automática do seguro não será realizada nas seguintes hipóteses:
  - a) Caso o Segurado comunique à Seguradora o desinteresse na renovação, mediante aviso prévio antes do final de vigência do seguro
  - b) Caso a Seguradora comunique ao Segurado o desinteresse na renovação, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias antes do final de vigência do seguro.
- 11.5. No caso de renovação do seguro, não será iniciado novo prazo de carência, exceto se houver solicitação para aumento de capital segurado
- 11.6. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do seguro, se este não for renovado.
- 11.7. **A Cobertura de Doenças Graves (DG) será extinta, automaticamente, caso o Segurado receba a indenização correspondente ou quando o mesmo completar 70 (setenta) anos de idade assim que encerrar o período do contrato vigente não sendo possível renovar com esta cobertura**
- 11.8. **A Cobertura de Diagnóstico de Câncer (DC) será extinta, automaticamente, caso o Segurado receba a indenização correspondente ou quando este completar 65 (sessenta e cinco) anos de idade assim que encerrar o período do contrato vigente não sendo possível renovar com esta cobertura.**

## **CLÁUSULA 12 - ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA**

- 12.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre as partes.

- 12.2. Caso o Segurado deseje aumentar espontaneamente o(s) seu(s) Capital(is) Segurado(s), a parcela do aumento estará sujeita a subscrição de uma nova Proposta de Contratação. Para tanto, a parcela do referido aumento será considerada como um Seguro Novo, cuja aprovação dependerá de prévia apreciação por parte da Seguradora.

### **CLÁUSULA 13 - PAGAMENTO DO PRÊMIO**

- 13.1. O custeio do Seguro será **Contributário** (em que os segurados pagam o prêmio total).
- 13.2. O prêmio do seguro poderá ser pago em parcela única, mensal ou fracionado, de acordo com o estabelecido na contratação do seguro.
- 13.3. A forma de pagamento, eventuais periodicidades, juros e multas, quando aplicável, serão informados na Proposta de Contratação. A data limite para pagamento será especificada no documento de cobrança.
- 13.4. Se a data de vencimento cair em um dia em que não haja expediente bancário, como feriados ou fins de semana, é permitido realizar o pagamento no dia útil subsequente, não implicando em qualquer penalidade ou em atraso no pagamento.
- 13.5. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado o seu pagamento, o direito à indenização não ficará prejudicado, mas ficará condicionado ao pagamento do prêmio em aberto, nos termos da legislação vigente.
- 13.6. Aos prêmios poderá ser acrescido o IOF – Imposto sobre Operações Financeiras, de acordo com a legislação em vigor pertinente a esse tributo.
- 13.7. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o débito efetuado em conta bancária, em cartão de crédito e o recibo de pagamento bancário devidamente compensado

### **CLÁUSULA 14– FALTA DO PAGAMENTO DO PRÊMIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS**

- 14.1. Se o pagamento da primeira parcela do seguro ou do valor total à vista não for realizado dentro do prazo estipulado na apólice, a Seguradora efetuará o cancelamento do seguro, após 30 (trinta) dias do recebimento da notificação sobre o cancelamento. Nesse caso, o Segurado não terá direito a qualquer tipo de cobertura ou indenização.

- 14.2. Não havendo o pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes a primeira, haverá tolerância de até 90 (noventa) dias, contados a partir da primeira parcela vencida e não paga, para a regularização do atraso. Durante este prazo de tolerância haverá cobertura para eventuais sinistros ocorridos, podendo a Seguradora abater da indenização o prêmio devido e não pago, acrescido dos juros de mora **conforme a taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (Selic), deduzido o índice de atualização monetária, conforme o art. 406, §1º, do Código Civil, a partir do primeiro dia de descumprimento do prazo até o efetivo pagamento.**
- 14.3. Passado o prazo de tolerância sem que o segurado tenha feito o pagamento das parcelas em atraso, o seguro será automaticamente cancelado, desde que notificado ao Segurado.
- 14.4. Haverá cobertura dos sinistro ocorridos durante o período de tolerância, limitado ao prazo previsto no item 18.2, com a conseqüente cobrança de prêmio devido. A Seguradora poderá abater da indenização o prêmio devido e não pago, acrescido dos juros de mora de 2% ao mês

## **CLÁUSULA 15 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA**

- 15.1. Aplicabilidade decorrido prazo de pagamento da indenização:
- 15.1.1. O capital segurado passa a ser atualizado pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, pro rate die, calculado a partir da data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, com a aplicação de juros de multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente, sem prejuízo dos juros legais e da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos. O não pagamento do Prêmio na forma e no prazo previstos, implicará na aplicação de juros de mora conforme a taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (Selic), deduzido o índice de atualização monetária, conforme o art. 406, §1º, do Código Civil, a partir do primeiro dia de descumprimento do prazo até o efetivo pagamento além de sua atualização monetária pelo índice IPCA/IBGE, calculado a partir da data em que se tornar exigível até a data do efetivo pagamento.
- 15.2. Aplicabilidade em devoluções de prêmios:
- 15.2.1. Os valores devidos pela Seguradora a título de devolução de prêmios sujeitam-se a atualização monetária mediante a aplicação do índice IPCA/IBGE, a partir da data em que se tornarem exigíveis

até a data da efetiva devolução.

15.2.2. Considera-se a data de exigibilidade para fins de atualização de valores em decorrência de devolução de prêmio:

a) no caso de cancelamento do Seguro por iniciativa do segurado, a partir da data do recebimento da solicitação do cancelamento pela Seguradora. E no caso de o cancelamento ocorrer por iniciativa da Seguradora, a partir da data do efetivo cancelamento;

b) no caso de recebimento indevido de prêmio, a partir da data de recebimento do prêmio.

15.3. Aplicabilidade em capitais segurados:

15.3.1. Os Capitais Segurados, as Diárias Seguradas e os prêmios serão atualizados a cada período de 12 (doze) meses na data de aniversário da apólice do Seguro, com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

15.3.2. Nas apólices de Seguro cujos Capitais Segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que o Estipulante comunicar à Seguradora.

15.3.3. A atualização monetária não se aplica às apólices com vigência inferior a um ano.

15.4. Na eventualidade de ser extinto o IPCA/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva acumulada do Índice IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

15.5. Os índices e o período de correção poderão ser alterados por força de lei ou regulatória pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

## **CLÁUSULA 16 - RECÁLCULO DA(S) TAXA(S) DO SEGURO**

16.1. A Seguradora efetuará, na data estabelecida no Contrato de Seguro, avaliações da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência do seguro e nos prêmios efetivamente recebidos.

- 16.2. Havendo necessidade de ajustes na taxa do seguro, a nova taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário do seguro e o Segurado será comunicado previamente, com, no mínimo, 90 (noventa) dias de antecedência do final da vigência do seguro e observando o disposto na cláusula "Vigência e Renovação do Seguro".
- 16.3. Alterações em periodicidades diferentes poderão ser feitas desde que previstas no Contrato de Seguro .

### **CLÁUSULA 17 - BENEFICIÁRIO(S)**

- 17.1. O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.
- 17.2. Na Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.
- 17.3. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)-Antecipação , Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)-Autônoma , Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Internação Hospitalar (DIH), Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias de Internação UTI por Acidente (DUTI), Diárias de Internação no Exterior (DIEX), Diárias de Convalescença por Acidente (DCON) , Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), Diagnóstico de Câncer (DC), Doenças Congênitas dos Filhos (DCF), Doenças Graves (DG); Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) , Perda de Renda por Desemprego (PRD), Adaptação de Casa e/ou Veículo (ACV), o próprio Segurado será o Beneficiário.

Para coberturas de Morte (M) ,Indenização Especial por Acidente (IEA), Auxílio Funeral (AUX) , o(s) Beneficiário(s) serão os descritos conforme item 17.1 ou em sua ausência pelo item 17.2.

### **CLÁUSULA 18 - REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

- 18.1. O Capital Segurado das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) somente serão reintegrados em caso de invalidez parcial, e a reintegração será automática após cada acidente, sem

cobrança de prêmio adicional.

- 18.2. Em caso de invalidez permanente total por acidente, não haverá reintegração do Capital Segurado relativo às coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e o Seguro será automaticamente cancelado.
- 18.3. A reintegração do Capital Segurado relativo às coberturas adicionais de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), de Diárias por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias por Internação Hospitalar (DIH) ,Diárias por Internação em U.T.I (DUTI), Diárias por Internação no Exterior (DIEX), Diárias por Convalescença (DCON) e Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.
- 18.4. A reintegração do Capital Segurado relativo às coberturas de Perda de Renda por Desemprego (PRD) é automática após cada evento, sem cobrança de prêmio adicional.
- 18.5. A reintegração do Capital Segurado relativo às coberturas de Doenças Congênitas dos Filhos (DCF) , não é reintegrado automaticamente após o nascimento de um filho com doença congênita. Após o pagamento integral do Capital Segurado da cobertura, esta é automaticamente cancelada e o Seguro permanece vigente com as demais coberturas contratadas, tendo o prêmio recalculado em função do Capital Segurado das coberturas remanescentes.
- 18.6. A reintegração do Capital Segurado relativo às coberturas de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) e Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) não é reintegrado automaticamente após cada evento, pois por ciclo de vigência anual da cobertura individual, os períodos de afastamento indenizados não poderão superar o limite do período indenizável definido na contratação do seguro.

## **CLÁUSULA 19 - COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

- 19.1. Sob pena de perder o direito à indenização, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora, informando todas as circunstâncias do evento, tão logo tome conhecimento, devendo adotar as providências imediatas para minorar suas consequências, observado o disposto na Cláusula "Perda de Direitos", encaminhando todos os documentos básicos exigidos para cada tipo de cobertura.

- 19.2. **Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.**
- 19.3. A comunicação feita por carta registrada ou outro meio disponibilizado pela Seguradora não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro original à Seguradora.
- 19.4. O prazo máximo para a liquidação do Sinistro é de 30 (trinta) dias, para manifestar-se sobre a cobertura, sob pena de decair do direito de recusá-la, contado da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhados de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.
- a) Após reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou o capital estipulado.
- 19.5. **Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou ao Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos nos itens 19.9 e 19.10 , inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de apresentação de documentação será suspenso por no máximo 2 (duas) vezes, voltando a reiniciar a partir do dia útil subsequente ao recebimento pela Seguradora dos documentos e informações complementares. Caso o capital segurado a ser indenizado não seja superior a 500(quinzentos) salários mínimos vigentes a suspensão do prazo será de 1(uma) vez.**
- 19.6. Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.
- 19.7. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 19.8. Para liquidação de sinistro é necessário o envio, pelo Segurado ou Beneficiário, à Seguradora, dos documentos básicos abaixo indicados de cada cobertura contratada, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas.

19.9. **Para todos os casos de sinistro, a ocorrência será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos básicos do Segurado:**

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora , e devidamente preenchido em todos os seus campos.
- b) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado e quando menor de 18 anos, a Certidão de Nascimento;
- c) Cópia do Comprovante de Residência do Segurado
- d) Cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;

19.10. **Documentos básicos do(s) Beneficiário(s):**

- a) Cópia do comprovante de residência do Beneficiário, independentemente de qual seja o Beneficiário descrito nos itens abaixo:
  - a.1) Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada com a averbação do óbito, Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento;
  - a.2) Companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, documento que comprove a união estável na data do evento e Formulário de autorização de pagamento;
  - a.3) Filhos: Certidão de Nascimento ou cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e Formulário de autorização de pagamento;
  - a.4) Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento; e
  - a.5) Beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito, se houver o evento.
  - a.6) Declaração de únicos Herdeiros: caso o Segurado não tenha indicado seu(s) Beneficiário(s), em conjunto com a documentação de regulação de sinistros, deverá ser encaminhada a declaração de únicos herdeiros juntamente com a documentação do(s) respectivo(s) Beneficiário(s).
  - a.7) Na ausência de Beneficiário(s) indicado(s) e se houver filhos, Declaração de filhos firmada em cartório e assinada por duas testemunhas, informando quantos e quais são os filhos do Segurado, se os filhos forem os Beneficiários.

19.11. **Não será aceito, para fins de liquidação do Sinistro, documento emitido por Médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge/Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização**

**19.12. Para acionamento da Cobertura Morte (M) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópias dos exames que diagnosticaram as doenças que levaram o segurado a óbito;
- c) Laudo do médico que acompanhou o segurado informando o prognóstico das doenças e os tratamentos realizados com datas de início e fim destes acompanhamentos;
- d) Radiografias do Segurado (quando houver);
- e) Guia de internação hospitalar (quando houver);
- f) Declaração médica indicando causa mortis, com firma reconhecida.

**19.13. Para acionamento da Cobertura Auxílio Funeral (AUX) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Reembolso de Despesas com Funeral;
- b) Originais dos comprovantes das despesas com Funeral;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com funeral.
- d) Se o custeador for Pessoa Jurídica, encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social, em caso de termo de Cessão à empresa.

**19.14. Reembolso de Despesas com Locação de Jazigo:**

- a) Originais dos comprovantes das despesas com o repatriamento do corpo;
- b) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com o repatriamento;
- d) Se o custeador for Pessoa Jurídica, encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social.

**19.15. Reembolso de Despesas com Repatriamento do Corpo:**

- a) Cópia autenticada do documento oficial comprobatório do repatriamento do corpo;
- b) Originais dos comprovantes das despesas com o repatriamento do corpo;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com o repatriamento;
- d) Se o custeador for Pessoa Jurídica, encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social.

19.16. Para menores de 14 (quatorze) anos, somente está previsto o reembolso de despesas com funeral, não estando previsto o reembolso de despesas com locação ou compra de jazigo ou repatriamento de corpo.

19.17. A documentação informada acima é básica, podendo ser solicitados outros documentos complementares.

**19.18. Para acionamento da Cobertura Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez, esclarecendo os questionamentos no formulário de Aviso de Sinistro, na ausência do envio do mesmo;
- c) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- e) Cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;
- f) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado
- g) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e Cópia do comprovante de residência do Segurado.
- h) Cópias dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente;
- i) Laudo dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente.

**19.19. Para acionamento da Cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)-Antecipação e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)-Autônoma a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.), informando a data de início da invalidez conforme diagnosticada na Declaração Médica, e descrição do 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;
- b) Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e por médico habilitado;
- c) Declaração Médica, devidamente preenchida e assinada pelo Segurado e por Médico habilitado, contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante;
- 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.
- e) Laudos e exames médicos;
- g) Documentos de concessão de aposentadoria e/ou publicação no Diário Oficial;
- h) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado.

**19.20. Para acionamento da Cobertura Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Resultados de todos os exames realizados e boletins médicos do Segurado (original), bem como declaração médica do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunção e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do exercício da atividade laborativa;

- c) Documentos de concessão de aposentadoria e/ou publicação no Diário Oficial;
- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;
- e) Extrato contendo a informação sobre o saldo devedor no mês da ocorrência do sinistro.

**19.21. Para acionamento da Cobertura Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez, esclarecendo os questionamentos no formulário de Aviso de Sinistro, na ausência do envio do mesmo;
- c) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- e) Cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;
- f) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado
- g) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e Cópia do comprovante de residência do Segurado.
- h) Cópias dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente;
- i) Laudo dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente.

**19.22. Para acionamento da Cobertura Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;

- c) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- e) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
- f) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

**19.23. Para acionamento da Cobertura Indenização Especial de Filhos Póstumos (IEFP) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade pelo Segurado seja conhecida e registrada;
- b) Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho;

**19.24. Para acionamento da Cobertura Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;
- c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- d) Recibos originais de pagamentos efetuados aos prestadores de serviços médico-hospitalares;
- e) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado.

**19.25. Para acionamento da Cobertura Despesas Diversas (DD) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;
- c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- d) Recibos originais de pagamentos efetuados aos prestadores de serviços médico-hospitalares;
- e) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado.

**19.26. Para acionamento da Cobertura Despesas Diversas Por Acidente (DDA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;
- c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- d) Recibos originais de pagamentos efetuados aos prestadores de serviços médico-hospitalares;
- e) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado.

**19.27. Para acionamento da Cobertura Diárias de Internação Hospitalar (DIH) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário e por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;

- c) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

**19.28. Para acionamento da Cobertura Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário e por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;
- c) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

**19.29. Para acionamento da Cobertura Diárias de Internação em U.T.I (DUTI) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário e por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;
- c) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do

Segurado; e

e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

**19.30. Para acionamento da Cobertura Diárias de Internação no Exterior (DIEX) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário e por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.);

b) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;

c) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;

d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e

e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

**19.31. Para acionamento da Cobertura Diárias de Convalescença (DCON) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário e por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.);

b) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;

c) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;

d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e

e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

**19.32. Para acionamento da Cobertura Cobertura Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário e por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;
- c) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

**19.33. Para acionamento da Cobertura Cobertura Diagnóstico de Câncer (DC) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença e anexando os resultados de exames recentes comprobatórios da doença;
- b) Cópia do Resultado de todos os exames realizados, diagnóstico e de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme.

**19.34. Para acionamento da Cobertura Cobertura Doenças Congênita dos Filhos (DCF) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Formulário de Aviso do Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento dos filhos com doenças congênitas;

- c) Declaração médica informando qual a doença congênita apresentada pela criança, contendo informações mínimas que permita avaliar o grau de manifestação da doença, tais como: segmentos, órgãos e funções afetadas, tratamento proposto e prognóstico;
- d) Documentos médicos e exames que tenha embasado o diagnóstico da doença;
- e) Relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- f) Cópia do teste do pezinho;
- g) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;

**19.35. Para acionamento da Cobertura Cobertura Doenças Graves (DG) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença e anexando os resultados de exames recentes comprobatórios da doença;
- b) Cópia do Resultado de todos os exames realizados, diagnóstico e de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme.

**19.36. Para acionamento da Cobertura Cobertura Renda Temporária por Incapacidade (RTI) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Atestado médico original, com firma reconhecida, que comprove o afastamento do trabalho, informando inclusive o número de dias de afastamento;
- b) Cópia de todos os exames complementares realizados;
- c) Relatório médico onde deve constar a data do evento, diagnóstico e tratamento realizado;
- d) Documento original, comprobatório da incapacidade, expedido por órgão oficial da previdência;
- e) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- f) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

- g) Formulário de comprovação de Acidente de Trabalho e/ou Acidente Pessoal, caso houver;
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- i) Documentos de baixa hospitalar expedido pela administração do hospital (em caso de internação para realização de cirurgia);
- j) Cópia autenticada do comprovante de renda, se profissional autônomo enviar a declaração do imposto de renda e/ou declaração do contador, se profissional com vínculo empregatício enviar o contracheque;
- k) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado

**19.37. Para acionamento da Cobertura Cobertura Renda Temporária por Incapacidade por Acidente (RTIA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Atestado médico original, com firma reconhecida, que comprove o afastamento do trabalho, informando inclusive o número de dias de afastamento;
- b) Cópia de todos os exames complementares realizados;
- c) Relatório médico onde deve constar a data do evento, diagnóstico e tratamento realizado;
- d) Documento original, comprobatório da incapacidade, expedido por órgão oficial da previdência;
- e) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- f) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- g) Formulário de comprovação de Acidente de Trabalho e/ou Acidente Pessoal, caso houver;
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- i) Documentos de baixa hospitalar expedido pela administração do hospital (em caso de internação para realização de cirurgia);
- j) Cópia autenticada do comprovante de renda, se profissional autônomo enviar a declaração do imposto de renda e/ou declaração do contador, se profissional com vínculo empregatício enviar o contracheque;
- k) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado

**19.38. Para acionamento da Cobertura Cobertura Perda de Renda por Desemprego (PRD) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Folha autenticada da rescisão do contrato de trabalho;
- b) Cópia da carteira de trabalho;
- c) Comprovante do recebimento das parcelas do seguro-desemprego, garantido pela Previdência Social;
- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado

19.38.1. Se, durante o período de incapacidade, o Segurado vier a falecer, cessará o direito à cobertura. Neste caso, os beneficiários do Segurado receberão o capital segurado, ainda não indenizado, limitado ao prazo definido no contrato. Após o pagamento do capital segurado ainda devido, passará a ser indenizada a ocorrência da morte do Segurado, através das coberturas Morte (M), quando couber e de acordo com o plano contratado.

**19.39. Para acionamento da Cobertura Cobertura Adaptação de Casa e/ou Veículo (ACV) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 19.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 19.10:**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, e a necessidade da adequação de casa ou modificação do veículo de uso particular, informando sempre se o paciente se encontra em alta médica definitiva e anexando os exames realizados pelo Segurado Principal.
- b) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência) policial, se houver;
- c) Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- d) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado Principal;
- e) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- f) Declaração de residência habitual e comprovante de residência do mês anterior ao sinistro;
- g) Certidão de propriedade do veículo;
- h) Laudo, emitido pela empresa responsável pelas adequações com o detalhamento dos serviços prestados;

i) Notas fiscais originais para comprovação dos gastos

19.40. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as que forem diretamente realizadas pela Seguradora.

19.41. No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

19.42. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o Capital Segurado contratado, atualizado monetariamente.

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

19.44. O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado Individual vigente na data do evento.

19.45. O não pagamento da indenização no prazo previsto implicará na aplicação de juros moratórios a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização.

19.46. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do Contrato.

19.47. Divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza ou extensão das lesões ou doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, devem ser submetidas a uma junta médica, proposta pela Seguradora por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias contados a partir da data da contestação. A junta médica será constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

19.48. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro, desempatador, será paga por ambos, em partes iguais.

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

19.50. Possuindo o Segurado mais de um Seguro, nesta ou em outra seguradora,

garantindo o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados pelo Segurado proporcionalmente aos limites segurados para a cobertura em todas as apólices em vigor, nesta ou em outras Seguradoras, na data do evento.

19.51. As indenizações decorrentes das coberturas de, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Auxílio Funeral por Acidente (AUX) serão pagas sob a forma de pagamento único ou quando houver complementos de indenização estas serão pagas de demais parcela(s).

19.52. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no Formulário de Aviso de Sinistro e nos comprovantes da internação hospitalar.

19.53. A indenização decorrente da cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) será paga mensalmente durante o período em que o Segurado se encontrar incapaz, observado o limite contratual máximo de cada cobertura.

19.54. Para a cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar, eventuais diárias a serem indenizadas serão pagas ao(s) Beneficiário(s) até a data do falecimento.

19.55. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

## **CLÁUSULA 20 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO**

**20.1. Constituem obrigações do Segurado, sem prejuízo de outras obrigações previstas ao longo das Condições Contratuais:**

**a) Comunicar o sinistro à Seguradora tão logo tome conhecimento e adotar as providências imediatas para minorar suas consequências.**

**b) Comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto.**

**c) Cumprir com as disposições previstas nas Condições Contratuais.**

**d) Agir com boa-fé.**

**e) Fornecer à Seguradora dados e informações corretas e precisas para a adequada análise do risco.**

- 20.2. O Segurado obriga-se a comunicar à Seguradora, de forma imediata e por meio dos canais disponibilizados, qualquer alteração em seus dados cadastrais, tais como endereço, telefone, e-mail, estado civil, composição societária (quando aplicável) ou qualquer outra informação relevante para a manutenção do contrato.
- 20.3. A falta de comunicação poderá implicar na impossibilidade de envio de notificações, cobrança de prêmios ou regulação de sinistros, não podendo ser imputada à Seguradora qualquer responsabilidade por prejuízos decorrentes dessa omissão.
- 20.4. Caso a alteração cadastral implique em modificação do risco originalmente contratado, a Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias contados do recebimento da comunicação, ajustar as condições do seguro ou cancelar a cobertura, conforme previsto na legislação e nas Condições Contratuais.
- 20.5. **Se o Segurado deixar de informar, de forma intencional, qualquer fato relevante sobre seu estado de saúde, atividades, histórico médico ou outras informações necessárias para a avaliação do seguro, ele perderá o direito à cobertura prevista neste contrato. Caso a não informação seja de forma culposa a Seguradora reduzirá o direito a cobertura de forma proporcional entre prêmio que foi pago e o prêmio que deveria ter sido cobrado caso a informação correta tivesse sido prestada no momento da contratação.**

## CLÁUSULA 21 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

- 21.1. **O Segurado perderá o direito à indenização, permanecendo responsável pelo pagamento do prêmio vencido, nas seguintes situações:**
- 21.1.1. **Quando o Segurado deixar de informar, de forma intencional, qualquer fato relevante sobre seu estado de saúde, atividades, histórico médico ou demais informações necessárias para a avaliação do risco, haverá a perda integral do direito à cobertura prevista neste contrato.**
- 21.1.2. **Se a falta de informação ocorrer sem intenção, a Seguradora reduzirá a cobertura de forma proporcional à diferença entre:**
- a) o prêmio efetivamente pago, e
  - b) o prêmio que seria devido caso as informações corretas tivessem sido prestadas no momento da contratação.
- 21.1.3. **O Segurado perderá o direito à indenização caso seja constatada**

**fraude ou tentativa de fraude praticada por ele, seus beneficiários, representantes ou prepostos, incluindo:**

**a) se o Segurado provocar intencionalmente o sinistro.**

**b) agravamento de risco intencional de suas consequências com o objetivo de obter pagamento indevido.**

## **CLÁUSULA 22 - CANCELAMENTO DO SEGURO**

- 22.1. O seguro será automaticamente cancelado após decorridos 90 (noventa) dias do vencimento da parcela em aberto.**
- 22.2. A Seguradora notificará o Segurado, com pelo menos 15 (quinze) dias de antecedência ao cancelamento, quanto à necessidade de quitação das parcelas em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.**
- 22.3. Quando for pago o valor integral do capital segurado das coberturas de morte.**
- 22.4. O Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.**

## **CLÁUSULA 23 - CESSAÇÃO DA COBERTURA**

- 23.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência do seguro, se este não for renovado.
- 23.2. O prazo de vigência da cobertura individual pode ser abreviado em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não renovação, desde que não haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice.
- 23.3. Caso haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice, será mantida a cobertura de tais riscos até a extinção deles, contudo não será aceito o recebimento de novos prêmios para novos períodos de vigência.
- 23.4. A cobertura individual cessa quando da ocorrência de sinistro vinculado às coberturas de Morte (M) e Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA).
- 23.5. A cobertura individual cessa quando do pagamento de sinistro vinculado à cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), somente no caso de ocorrer a antecipação de 100% (cem por cento) da

Morte (M).

- 23.6. A cobertura individual cessa quando do pagamento de sinistro vinculado à cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Antecipação, somente no caso de ocorrer a antecipação de 100% (cem por cento) da Morte (M).
- 23.7. No caso do pagamento de sinistro vinculado à cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Autônoma, cessará apenas a cobertura da referida cobertura, desde que quitadas todas as prestações correspondentes. As demais coberturas do Seguro permanecerão vigentes.
- 23.8. A cobertura individual cessa quando do pagamento de sinistro vinculado à cobertura Diagnóstico de Câncer (DC), desde que devidamente comprovado, pois esta cobertura garante uma antecipação de 100% (cem por cento) da Morte (M).
- 23.9. A cobertura individual cessa quando do pagamento de sinistro vinculado à cobertura Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou à cobertura Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), quando avaliada em um grau de 100% (cem por cento).
- 23.10. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir.

## **CLÁUSULA 24 - REGIME FINANCEIRO**

- 24.1. O presente Seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, de modo que não há qualquer previsão de devolução, resgate ou portabilidade de prêmios.

## **CLÁUSULA 25 - REENQUADRAMENTO TARIFÁRIO ANUAL DO PRÊMIO**

- 25.1. O Prêmio e respectiva periodicidade de pagamento estipulados na data de Início de Vigência do Seguro estarão estabelecidos na Proposta de Contratação, sujeitos as alterações decorrentes da mudança de idade de cada Segurado.
- 25.2. O Prêmio estabelecido na Proposta de Contratação sofrerá acréscimo, anualmente, em decorrência da mudança de idade do Segurado e consequente aumento de Risco, com a finalidade de manter o equilíbrio

atuarial, financeiro e econômico do seguro, na forma da lei.

25.3. Será adotada a idade completa do Segurado, em anos, para fins de enquadramento para as novas taxas do Seguro.

25.4. O Prêmio será reajustado considerando a taxa da nova idade do Segurado imediatamente no mês em que ocorrer a Renovação do

seguro, conforme tabela com os percentuais de reajuste a seguir:

Tabela de Reenquadramento dos Prêmios							
Idade	Coberturas						
	M, IFPD, ILPD, AUX, DD	DIH, DUTI, DIEX, DCON	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	RTI
			DG		DC		
Até 20 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
21 anos	3,92%	0,00%	6,02%	14,18%	2,89%	15,22%	0,00%
22 anos	3,77%	0,00%	6,02%	14,18%	2,89%	15,22%	0,00%
23 anos	3,64%	0,00%	6,02%	14,18%	2,89%	15,22%	0,00%
24 anos	5,26%	0,00%	6,02%	14,18%	2,89%	15,22%	0,00%
25 anos	3,33%	0,00%	6,02%	14,18%	2,89%	15,22%	0,00%
26 anos	4,84%	0,00%	7,25%	12,76%	4,59%	6,20%	0,58%
27 anos	4,62%	0,00%	7,25%	12,76%	4,59%	6,20%	0,74%
28 anos	2,94%	0,00%	7,25%	12,76%	4,59%	6,20%	0,92%
29 anos	4,29%	0,00%	7,25%	12,76%	4,59%	6,20%	1,12%
30 anos	4,11%	0,00%	7,25%	12,76%	4,59%	6,20%	1,33%
31 anos	3,95%	0,00%	9,50%	11,34%	12,11%	13,10%	1,57%
32 anos	2,53%	0,00%	9,50%	11,34%	12,11%	13,10%	1,82%
33 anos	3,70%	0,00%	9,50%	11,34%	12,11%	13,10%	2,08%
34 anos	4,76%	0,00%	9,50%	11,34%	12,11%	13,10%	2,34%
35 anos	4,55%	8,36%	9,50%	11,34%	12,11%	13,10%	2,60%
36 anos	5,43%	7,71%	11,68%	9,95%	9,50%	9,53%	2,86%
37 anos	6,19%	7,16%	11,68%	9,95%	9,50%	9,53%	3,12%
38 anos	7,77%	3,36%	11,68%	9,95%	9,50%	9,53%	3,36%
39 anos	9,91%	3,25%	11,68%	9,95%	9,50%	9,53%	3,59%
40 anos	9,84%	3,15%	11,68%	9,95%	9,50%	9,53%	3,80%
41 anos	11,19%	3,05%	12,66%	8,57%	9,32%	6,10%	3,99%
42 anos	12,08%	2,96%	12,66%	8,57%	9,32%	6,10%	4,16%
43 anos	13,17%	3,29%	12,66%	8,57%	9,32%	6,10%	4,31%
44 anos	12,70%	3,19%	12,66%	8,57%	9,32%	6,10%	4,44%
45 anos	12,68%	3,09%	12,66%	8,57%	9,32%	6,10%	4,54%
46 anos	12,08%	2,99%	12,19%	7,22%	9,28%	2,30%	4,63%
47 anos	11,90%	2,91%	12,19%	7,22%	9,28%	2,30%	4,70%
48 anos	10,96%	2,71%	12,19%	7,22%	9,28%	2,30%	4,75%
49 anos	10,48%	2,64%	12,19%	7,22%	9,28%	2,30%	4,78%
50 anos	10,03%	2,57%	12,19%	7,22%	9,28%	2,30%	4,79%
51 anos	9,11%	2,50%	10,67%	5,87%	5,05%	0,79%	4,80%
52 anos	8,58%	2,44%	10,67%	5,87%	5,05%	0,79%	4,79%
53 anos	8,11%	3,01%	10,67%	5,87%	5,05%	0,79%	4,77%
54 anos	7,50%	2,92%	10,67%	5,87%	5,05%	0,79%	4,73%
55 anos	7,16%	2,83%	10,67%	5,87%	5,05%	0,79%	4,69%
56 anos	7,01%	2,76%	8,57%	4,55%	4,14%	0,23%	4,65%
57 anos	6,71%	2,68%	8,57%	4,55%	4,14%	0,23%	4,59%
58 anos	6,58%	3,25%	8,57%	4,55%	4,14%	0,23%	4,54%
59 anos	6,72%	3,15%	8,57%	4,55%	4,14%	0,23%	4,47%
60 anos	7,20%	3,05%	8,57%	4,55%	4,14%	0,23%	4,41%
61 anos	7,67%	2,96%	8,57%	4,55%	2,56%	1,88%	4,34%
62 anos	8,46%	2,88%	8,57%	4,55%	2,56%	1,88%	4,27%
63 anos	9,14%	4,96%	8,57%	4,55%	2,56%	1,88%	4,19%
64 anos	9,69%	4,73%	8,57%	4,55%	2,56%	1,88%	4,12%
65 anos	10,21%	4,51%	8,57%	4,55%	Cobertura Excluída aos 65 anos		4,04%
66 anos	10,51%	4,32%	8,57%	4,55%			3,97%
67 anos	10,70%	4,14%	8,57%	4,55%			3,89%
68 anos	10,75%	3,98%	8,57%	4,55%			3,82%
69 anos	10,86%	3,82%	8,57%	4,55%			3,74%
70 anos	10,73%	3,68%	Cobertura Excluída aos 70 anos				3,67%

**25.5. Para as coberturas de Morte (M), Invalidez Funcional, Permanente e**

**Total por Doença (IFPD) - Antecipação, Invalidez Laborativa, Permanente e Total por Doença (ILPD), Auxílio Funeral (AUX) e Despesas Diversas (DD), após o segurado completar 70 (setenta) anos de idade, o percentual de reajuste será fixado em 10% (dez por cento) ao ano sobre o valor do prêmio mensal das referidas coberturas.**

- 25.6. **Para as coberturas de Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Diárias por Internação Hospitalar (DIH), Diárias por Internação em U.T.I. (DUTI), Diárias por Internação no Exterior (DIEX) e Diárias por Convalescença (DCON), após o segurado completar 70 (setenta) anos de idade, o percentual de reajuste será fixado em 3,5% (três e meio por cento) ao ano sobre o valor do prêmio mensal das referidas coberturas.**
- 25.7. Caso as coberturas de Diárias por Internação em U.T.I. (DUTI), Diárias por Internação no Exterior (DIEX) e Diárias por Convalescença (DCON), estejam vinculadas à cobertura de Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA), não haverá reajuste decorrente da alteração de idade do Segurado.
- 25.8. **A Cobertura de Doenças Graves (DG) será extinta, automaticamente, caso o Segurado receba a indenização correspondente ou quando o mesmo completar 70 (setenta) anos de idade,** não sendo previstos, portanto, percentuais de reenquadramento após o atingimento desta idade assim que encerrar o período do contrato vigente a cobertura de Doenças Graves sem possibilidade de renovar para esta cobertura.
- 25.9. **A Cobertura de Diagnóstico de Câncer (DC) será extinta, automaticamente, caso o Segurado receba a indenização correspondente ou quando o mesmo completar 65 (sessenta e cinco) anos de idade,** não sendo previstos, portanto, percentuais de reenquadramento após o atingimento desta idade assim que encerrar o período do contrato vigente a cobertura de Diagnóstico de Câncer sem possibilidade de renovar para esta cobertura.
- 25.10. As coberturas de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA), Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA), Despesas Diversas por Acidente (DDA), Perda de Renda por Desemprego (PRD), Doenças Congênitas dos Filhos (DCF) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Autônoma não sofrerão

reajuste em decorrência da mudança de idade do Segurado.

- 25.11. Os Prêmios do seguro sofrerão alteração, anualmente, pela atualização monetária e pela alteração da idade do Segurado.

### CLÁUSULA 26 - OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

- 26.1. Informar aos segurados a situação de adimplência sempre que lhe for solicitado.
- 26.2. Comunicar aos segurados os casos de não pagamento de prêmios nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não pagamento.
- 26.3. Prestar ao Segurado as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do seguro.
- 26.4. A seguradora obriga-se, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado ou do beneficiário, conforme coberturas dispostas na Apólice.

### CLÁUSULA 27 - DO INTERESSE LEGÍTIMO

- 27.1. A eficácia deste contrato de seguro depende da **existência de interesse legítimo**, entendendo-se como tal a relação jurídica, econômica ou contratual que justifique a contratação das respectivas garantias.
- 27.2. Na hipótese de o interesse legítimo ser superveniente, a eficácia do contrato iniciar-se-á **a partir da data de verificação desse interesse**, observada a vigência da apólice.
- 27.3. Se o interesse legítimo for **parcial**, o contrato produzirá efeitos na proporção da parte útil, permanecendo ineficaz quanto à parte inexistente.
- 27.4. Caso seja ou se torne **impossível a existência do interesse legítimo**, o contrato será considerado **nulo de pleno direito**.

### CLÁUSULA 28 – DA INEXISTÊNCIA, EXTINÇÃO/REDUÇÃO DO INTERESSE LEGÍTIMO

- 28.1. Extinto o interesse legítimo, o contrato será **resolvido de pleno direito**, assegurado ao Segurado ou aos seus herdeiros legais a **devolução proporcional do prêmio**, correspondente ao período não decorrido da vigência, **deduzidas as despesas realizadas pela Seguradora com a contratação**

- 28.2. Se ocorrer **redução relevante do interesse**, o valor do prêmio será **proporcionalmente reduzido**, ressalvado, na mesma proporção, o direito da Seguradora às despesas incorridas com a contratação.
- 28.3. A comunicação da extinção ou redução do interesse deverá ser feita pelo Segurado à Seguradora quando da ocorrência do fato gerador.

## CLÁUSULA 29 – CANAIS DE ATENDIMENTO

A Previsul possui canais para você entrar em contato conosco e buscar informações sobre o seu produto.

### Atendimento via Whatsapp

+55(11) 3003-6773 – Tire dúvidas, encontre informações, faça solicitações de documentos e comunique/acompanhe seu sinistro.

**Segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h. Exceto feriados nacionais.**

### Fale conosco

Tire dúvidas, encontre informações, faça solicitações de documentos ou cancelamentos e comunique/acompanhe seus sinistro

3003-6773 – Capitais e cidades metropolitanas

0800-709-8059 – Demais localidades .

**Segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h. Exceto feriados nacionais.**

### Acione sua assistência

3003-6773 – Capitais e cidades metropolitanas

0800-709-8059 – Demais localidades .

**Serviço 24h, 7 dias por semana, inclusive feriados nacionais.**

### SAC 24 horas

0800-722-0264 - Capitais, cidades metropolitanas e demais localidades

**Todos os dias da semana, 24 horas por dia, inclusive em feriados nacionais.**

**As ligações podem ser a cobrar.**

### Ouvidoria

Reclamações não atendidas satisfatoriamente por outros canais, ou sugestões e elogios.

Para acessar informe o número de protocolo anterior fornecido pelos nossos outros canais de atendimentos de voz ou digital

0800-722-0266 - Capitais, cidades metropolitanas e demais localidades  
**Segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h. Exceto feriados nacionais.**

### **Central de atendimento ao surdo**

Faça a chamada a partir de um aparelho adaptado com teclado alfanumérico.

0800-702-4260 – Capitais, cidades metropolitanas e demais localidades  
**Segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h. Exceto feriados nacionais.**

## ANEXO I - TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

	Discriminação	% sobre CS	Discriminação	% sobre CS
<b>Invalidez permanente</b>				
<b>Total</b>	Perda total da visão de ambos os olhos	<b>100</b>	Perda total do uso de ambos os membros superiores	<b>100</b>
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	<b>100</b>	Perda total do uso de ambas as mãos	<b>100</b>
	Perda total do uso de um membro superior e um inferior	<b>100</b>	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	<b>100</b>
	Perda total do uso de ambos os pés	<b>100</b>	Alienação mental total incurável	<b>100</b>
<b>Parcial Diversas</b>	Perda total da visão de um olho	<b>30</b>	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	<b>70</b>
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	<b>40</b>	Surdez total incurável de um dos Ouvidos	<b>20</b>
	Mudez incurável	<b>50</b>	Fratura não consolidada do maxilar inferior	<b>20</b>
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	<b>20</b>	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	<b>25</b>
<b>Parcial Membros Superiores</b>	Perda total do uso de um dos Membros superiores	<b>70</b>	Perda total do uso de uma das mãos	<b>60</b>
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	<b>50</b>	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	<b>30</b>
	Ancilose total de um dos ombros	<b>25</b>	Ancilose total de um dos cotovelos	<b>25</b>
	Ancilose total de um dos punhos	<b>20</b>	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	<b>25</b>
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	<b>18</b>	Perda total do uso da falange distal do polegar	<b>09</b>
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	<b>15</b>	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	<b>12</b>
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	<b>09</b>	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	<b>70</b>	Perda total do uso de um dos pés	<b>50</b>
	Fratura não consolidada de um fêmur	<b>50</b>	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	<b>25</b>
	Fratura não consolidada da rótula	<b>20</b>	Fratura não consolidada de um pé	<b>20</b>
	Ancilose total de um dos joelhos	<b>20</b>	Ancilose total de um dos tornozelos	<b>20</b>
	Ancilose total de um quadril	<b>20</b>	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	<b>25</b>
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	<b>10</b>	Amputação de qualquer outro dedo	<b>03</b>
	<b>Encurtamento de um dos membros inferiores:</b>		Perda total do uso de uma falange do 1º. Dedo, indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	De 5 (cinco) centímetros ou mais	<b>15</b>		
	De 4 (quatro) centímetros ou mais	<b>10</b>		
	De 3 (três) centímetros	<b>06</b>		
	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização			

## ANEXO II - TABELAS IAIF

O IAIF é composto por duas tabelas : Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos e Tabela de Danos Antropométricos, Fatores de Risco e Mortalidade

1. Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, avalia, através de escalas compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida – Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados pontuados.

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTUAÇÃO
Relações do Segurado com o cotidiano	1º Grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; caminha livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	0
	2º Grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativa, ou prejuízo intelectual e de cognição.	10
	3º Grau : O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental;	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTUAÇÃO
-----------	---------	-----------

Condições Clínicas e estruturais do Segurado

<p>1º Grau: O Segurado apresenta-se saudável; 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: 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>3º Grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e/ou técnico.</p>	20
<p>1º Grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar seus dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.</p>	0
<p>2º grau : O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa, entrar e sair do chuveiro, para realizar atos de higiene e de asseio pessoal, para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar frutas, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).</p>	10
<p>3º Grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistências alimentar diárias.</p>	20

2. Tabela de Danos Antropométricos, Fatores de Risco e Mortalidade, valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

<b>DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC - Índice de Massa Corporal superior a 40 (quarenta).	2
Há riscos 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 dois 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