

Condições Gerais

Allianz Vida Individual

Julho/2026



APRESENTAÇÃO

Apresentamos as Condições Gerais do Seguro Vida Individual, que regulamentam o funcionamento das coberturas contratadas.

Para todos os efeitos, serão consideradas somente as disposições referentes às coberturas especificadas e contratadas pelo segurado, desconsiderando quaisquer outras que não estejam expressamente descritas na apólice e nestas Condições Gerais.

Ressaltamos que, para casos não contemplados nas presentes Condições Gerais, aplicam-se as legislações vigentes que regulamentam os seguros no Brasil. Ao contratar este seguro, o segurado aceita as cláusulas limitativas contidas neste documento.

Ao assinar a proposta de seguro, o segurado confirma ter conhecimento destas Condições Gerais, disponibilizada no site da Allianz Seguros. Recomendamos uma leitura cuidadosa, com especial atenção aos trechos destacados, para que você aproveite com segurança todos os benefícios deste seguro.

As coberturas contratadas estarão detalhadas na apólice ou no demonstrativo de coberturas.

Informações Preliminares

A aceitação deste seguro está sujeita à análise de risco.

O registro deste produto é automático e não implica em aprovação ou recomendação pela Susep.

O segurado pode consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no site www.susep.gov.br.

OUVIDORIA

A Allianz Seguros conta com uma equipe especializada em sua Ouvidoria, pronta para avaliar a sua demanda com total imparcialidade. A resposta será fornecida em até 15 (quinze) dias a partir do recebimento da manifestação, conforme regulamentação da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

Você e seu corretor podem acionar a Ouvidoria caso discordem de algum posicionamento dos canais habituais da Companhia.

No entanto, antes de recorrer à Ouvidoria, entre em contato com o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) pelos canais indicados abaixo:

Para mais informações, ligue para a Linha Direta Allianz:

4090 1110 (Capitais e regiões metropolitanas)

0800 7777 243 (Outras localidades)

Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) – 24 horas:

08000 115 215

08000 121 239 (Exclusivo para portadores de limitação auditiva e de fala)

Ouvidoria:

0800 771 3313

Se preferir, acesse www.allianz.com.br

Índice

1. OBJETIVO DO SEGURO	5
2. DEFINIÇÕES	5
3. DOCUMENTOS DO SEGURO	9
4. COBERTURAS	9
5. DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS	10
6. RISCOS EXCLUÍDOS	28
7. PRAZO DE CARÊNCIA	31
8. FRANQUIA	33
9. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS	33
10. DATA DO EVENTO	33
11. BENEFICIÁRIOS	34
12. ACEITAÇÃO DO SEGURO	35
13. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	36
14. VIGÊNCIA DA APÓLICE	37
15. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA	37
16. AGRAVAMENTO DO RISCO	37
17. CANCELAMENTO DO SEGURO	39
18. RENOVAÇÃO DE SEGURO	39
19. PAGAMENTO DO PRÊMIO	40
20. REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS	43
21. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	43
22. ATUALIZAÇÃO DE VALORES	44
23. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO EM RAZÃO IDADE	45
24. PERDA DE DIREITOS	51
25. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	53
26. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	56
27. RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIROS	62
28. PRESCRIÇÃO	62
29. DISPOSIÇÕES FINAIS	62
30. LEGISLAÇÃO E FORO	63
31. CLÁUSULA DE EXCLUSÃO POR EMBARGOS E SANÇÕES	63

CONDIÇÕES GERAIS ALLIANZ VIDA INDIVIDUAL

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garantir ao segurado ou a seus beneficiários o pagamento de uma importância em dinheiro, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes no clausulado abaixo e desde que contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos e respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a Invalidez Permanente Total ou Parcial, a incapacidade temporária do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

Incluem-se, ainda, nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que serão equiparados, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou da influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e,
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causada exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e, (exceto para cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária – DIT.

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz pessoal.

2.2. Aditivo ou Endosso: É o documento expedido pela Seguradora durante a vigência da apólice, por meio da qual Seguradora e Segurado acordam alteração de dados, modificam condições ou objeto da apólice. Após a sua emissão passa a ser parte integrante da apólice.

2.3. Agravamento do risco: É uma circunstância que após a contratação do seguro, aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do segurado.

2.4. Alienação Mental: Distúrbio mental ou neuro-mental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

2.5. Apólice de seguro: É o Contrato de Seguro firmado entre a Seguradora e o Segurado emitido pela Seguradora que discrimina o bem ou interesse Segurado, suas coberturas e garantias contratadas. Os direitos e deveres das partes contratantes constam no Manual do Segurado, este que é parte integrante da apólice.

2.6. Beneficiários: São as pessoas físicas ou jurídicas, designadas pelo segurado principal, para receber o valor do capital segurado, na hipótese de sua morte, desde que, devidamente coberta. Nas demais coberturas que não envolvam a morte do segurado, o beneficiário será o próprio segurado principal.

2.7. Capital segurado: É a importância máxima estabelecida para determinada Cobertura, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto por este Seguro. O valor do Capital segurado será pactuado na Proposta de Contratação.

2.8. Carência: É o período de tempo ininterrupto, contado da data de início de vigência individual do seguro, do aumento do capital ou da recondução depois de suspenso, durante o qual o Segurado ou os Beneficiários permanecem no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo no pagamento do prêmio. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as coberturas ou algumas delas.

2.9. Carregamento: É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinados a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro.

2.10. Coberturas de risco: Coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

2.11. Condições Contratuais: É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais e da Apólice Principal.

2.12. Condições gerais: É o instrumento jurídico que disciplina direitos e obrigações das partes contratantes e características gerais do seguro e comuns a todas as coberturas da Apólice de seguro.

2.13. Corretor de Seguros: Intermediário – Pessoa física ou jurídica devidamente habilitada e registrada na SUSEP e legalmente autorizado a representar os Segurados, angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. Na forma do Decreto Lei nº 73/66 e da Lei 4.594/64, o corretor é o representante do segurado, sendo responsável pela orientação acerca das coberturas, direitos e obrigações constantes no Contrato de Seguro.

2.14. Deambular: Ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

2.15. Declaração Médica: Documento elaborado na forma de relatório ou similar onde o médico do Segurado ou outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.16. Doença do Trabalho: Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

2.17. Doença em Estágio Terminal: Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

2.18. Doença Profissional: Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

2.19. Doenças e lesões preexistentes: São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas pelo segurado principal antes da contratação do seguro, **e que seja de seu prévio conhecimento** e não declaradas na proposta de contratação do seguro.

2.20. Dolo: É um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido quer físico ou financeiro em proveito próprio ou alheio.

2.21. Existência Independente: É a aptidão física e mental para exercer, **sem assistência:** I) as atividades da vida diária (funções autonômicas), tais como: vestir-se,

desempenhar atos de higiene íntima e de asseio pessoal, bem como manter a auto-suficiência alimentar, com condições de suprir as necessidades do preparo, serviço, consumo e ingestão dos alimentos; II) as atividades da vida civil, com capacidade de compreensão e de comunicação.

2.22. Evento coberto: É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido com o segurado durante a vigência da apólice e não excluído das condições gerais do contrato de seguro, capaz de, observado os limites e condições da apólice, acarretar obrigações pecuniárias à Allianz Seguros em favor do segurado ou de seus Beneficiários.

2.23. Franquia: É o valor ou percentual definido na apólice, pelo qual o segurado assume a responsabilidade como segurador de si mesmo, em caso de sinistro coberto, representa a parte do prejuízo apurado que deixará de ser pago pela Seguradora.

2.24. Garantias: São as obrigações que a Seguradora assume com o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas Condições Gerais.

2.25. Indenização: É o valor ou percentual definido na apólice, a ser pago pela Allianz Seguros na ocorrência de sinistro **coberto** durante a vigência individual do seguro.

2.26. Médico: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que presta informações a respeito da saúde do Segurado. **Não será aceito como médico o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

2.27. Nota técnica atuarial: Documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.

2.28. Plano de coberturas: É o conjunto de coberturas contratado pelo segurado, indicado na proposta de contratação aceita pela Allianz Seguros.

2.29. Prêmio: É a importância paga pelo Segurado à Seguradora para que esta assumo o risco a que o Segurado está exposto.

2.30. Prescrição: Prazo máximo, previsto em lei, que o Segurado ou os Beneficiários possuem para requerer a pretensão de seus direitos junto a Seguradora, sob pena de perda do direito da indenização.

2.31. Proponente: Pessoa física ou jurídica que se dispõe a contratar o seguro e que para tanto preenche e assina a Proposta de Seguro.

2.32. Proposta de contratação: É o formulário fornecido pela Allianz Seguros pelo qual o proponente manifesta a sua vontade em contratar o seguro tendo pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas condições gerais. Na proposta de contratação de Seguro deverão ser prestadas todas as informações solicitadas que permitirão à Allianz Seguros avaliar as condições de aceitação ou recusa do seguro.

2.33. Regime financeiro de repartição simples: É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, em determinado período, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

2.34. Seguradora: Pessoa jurídica legalmente constituída e autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil como tal e que, mediante recebimento do Prêmio, se obriga a garantir interesse legítimo do segurado, relativo à pessoa ou coisa, contra riscos predeterminados.

2.35. Segurado: São as pessoas físicas regularmente incluídas e aceitas no seguro.

2.36. Sinistro: Ocorrência de um acontecimento súbito, imprevisto e involuntário que cause prejuízo ao Segurado e passível de cobertura e indenização desde que previsto no contrato de seguro.

2.37. Vigência: Período de validade da Cobertura da Apólice, compreendido entre a data de início e a data de término, ambas indicadas na Especificação da Apólice.

3. DOCUMENTOS DO SEGURO

3.1 São documentos do presente seguro a cotação, a proposta, a apólice e as Condições Gerais. O pedido de cotação à seguradora não equivale à proposta, mas as informações prestadas integram o contrato de seguro.

3.2 Não é válida a presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula e daquelas que não tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas Condições Gerais.

4. COBERTURAS

4.1 As coberturas deste seguro dividem-se em básica e adicionais:

Cobertura Básica:

a) Morte (NATURAL OU ACIDENTAL)

Coberturas Adicionais:

a) Indenização Especial Por Morte Acidental (IEA)

b) Invalidez Permanente Total Ou Parcial Por Acidente (IPA)

c) Invalidez Funcional Permanente Total Por Doença (IFPD)

- d) Diárias Por Incapacidade Temporária Por Doença Ou Acidente (DIT)
- e) Despesas Médicas, Hospitalares E Odontológicas (DMH-O)
- f) Diagnóstico De Câncer (DC)
- g) Doenças Graves (DG):
 - i – Doenças Graves (5 Tipos De Doenças)
 - ii – Doenças Graves (14 Tipos De Doenças)

4.2 O segurado deverá informar no formulário denominado “proposta de contratação”, qual o plano de coberturas que pretende contratar, sendo a básica obrigatória e as demais facultativas.

4.3 As coberturas contratadas estarão expressas na Apólice.

5. DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS

5.1 MORTE (NATURAL OU ACIDENTAL)

Garante aos beneficiários o pagamento do Capital segurado contratado para esta Cobertura, em caso de morte do segurado, seja natural, seja em decorrência diretamente de Covid-19, seja acidental, devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrentes de riscos excluídos e respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

5.1.1 A cobertura básica 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, que podem ser substituídas a critério da seguradora Allianz Seguros, 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.

5.1.2 Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente.

5.2 IEA - INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL

Desde que contratada garante aos beneficiários o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura em caso de morte do segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto, **exceto se decorrente de riscos excluído**, sem prejuízo do pagamento do capital referente à Cobertura básica Morte, **observadas as demais cláusulas destas condições gerais e da Proposta de Contratação**.

5.2.1 As indenizações das coberturas Básica Morte e Indenização Especial por Morte Acidental se acumulam, desde que ambas sejam contratadas em conjunto.

5.2.2 Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.3 IPA - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

Desde que contratada, garante ao próprio segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela seguinte, proporcional ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada

por acidente devidamente coberto, quando este ocorrer dentro do período de vigência deste Seguro, mediante comprovação por laudo médico, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exceto se decorrentes de riscos excluídos e respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente - (IPA)

	Discriminação	%
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Discriminação	%
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSOS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento toraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo	

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tibioperoniais	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e, dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	• de 5 centímetros ou mais	15
	• de 4 centímetros	10
	• de 3 centímetros	6
	• menos de 3 centímetros	0

- 5.3.1** Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou do órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação do grau de redução funcional apresentado à porcentagem prevista na tabela para sua perda total. Na falta de indicação da porcentagem de redução funcional apresentada e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das porcentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).
- 5.3.2** Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- 5.3.3** Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado nesta cobertura.
- 5.3.4** Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para sua perda total.
- 5.3.5** Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.
- 5.3.6** A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente.

- 5.3.7** A invalidez permanente total ou parcial por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Allianz Seguros reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso haja recusa por parte do segurado.
- 5.3.7.1** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.
- 5.3.8** As indenizações por invalidez permanente total ou parcial por acidente não se acumulam com as coberturas de morte acidental. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, será deduzida da indenização a ser paga a importância indenizada anteriormente.
- 5.3.9** A reintegração do capital segurado para a hipótese de Invalidez Permanente Parcial por Acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para Invalidez Permanente direta ou indireta decorrente do mesmo acidente.
- 5.3.10** **As indenizações pela cobertura Básica Morte e coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA não se acumulam.**
- 5.3.11** Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.4 IFPD - INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

Desde que contratada garante ao próprio segurado o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua invalidez funcional e permanente total por doença, exceto se decorrentes de riscos excluídos e respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

- 5.4.1** Para fins desta Cobertura, entende-se por invalidez funcional total permanente por doença aquela que cause a perda da existência independente do segurado.
- 5.4.1.1** É considerada perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado.
- 5.4.1.2** Entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas relacionadas em pelo menos uma das alíneas abaixo, de forma total, permanente e inequivocamente independente de qualquer ajuda:
- a) levantar-se, deitar-se, deambular, higienizar-se e ser capaz de se alimentar sem ajuda de terceiros ou dispositivos/aparelhos/máquinas;

b) manter suas funções vitais (nutrição, respiração, circulação e excreção) sem ajuda de dispositivos ou aparelhos/máquinas extra-corpóreas de substituição funcional (p. ex.: sonda enteral, respirador artificial, diálise peritonial mantida indefinidamente, hemodiálise, colostomia definitiva);

c) ter capacidade mental para gerir seus próprios negócios e bens, sem ajuda de terceiros.

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

5.4.2 A invalidez funcional permanente total por doença deverá ser comprovada mediante apresentação à seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Allianz Seguros reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso haja recusa por parte do segurado.

5.4.2.1 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

5.4.3 Ocorrendo a invalidez funcional total e permanente por doença, poderá o segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a Invalidez Funcional total e Permanente por Doença devidamente coberta, imediata e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do capital segurado.

5.4.3.1 Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a invalidez funcional total e permanente por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas destas condições gerais, sem qualquer devolução de prêmios.

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

5.4.4 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

- 5.4.5** A Seguradora não considera quadros clínicos certificados por documentos médicos que caracterizem incapacidade parcial e ou total apenas de natureza profissional
- 5.4.6** **As indenizações pela cobertura Básica Morte e coberturas adicionais de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - não se acumulam.**
- 5.4.7** Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.
- 5.4.8** **ANEXOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA ANTECIPAÇÃO (IFPTD-A) e INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF**

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: o Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º GRAU: o Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: o Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: o Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º GRAU: o Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10

	3° GRAU: o Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
--	---	-----------

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1° GRAU: o Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2° GRAU: o Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3° GRAU: o Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há imc - índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08

5.5 POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE (DIT)

- 5.5.1** Desde que contratada, garante o pagamento de Diárias por Incapacidade Temporária ao próprio segurado que, por motivo de acidente pessoal ou doença de caráter agudo ou agudizado, ocorridos durante a vigência da apólice, venha a ficar afastado totalmente de qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação.
- 5.5.2** Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.
- 5.5.3** Cobre o afastamento do Segurado que, por motivo de acidente pessoal ou doença, venha a ficar afastado totalmente de qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, de forma contínua e temporária, por um período superior a 10 (dez) dias ou 7 (sete) dias, dependendo do tipo de franquia contratada, caracterizado por determinação médica e comprovado por exames complementares, até o Limite de Diárias contratado.
- 5.5.4** A reintegração do capital segurado somente se dará para incapacidades decorrentes de outros eventos não reclamados, isto é, de diferentes doenças e/ou acidentes.
- 5.5.5** Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno às atividades laborativas.

5.5.6 IMPORTANTE

- 5.5.6.1** Deverão ser respeitados os períodos de Carência, Franquia e limites de diárias, estabelecidos na Apólice e Proposta de Seguro.
- 5.5.6.2** Em decorrência do mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.
- 5.5.6.3** As consequências dos eventos cobertos, como complicações do mesmo quadro, agravamentos da situação clínica e complicações dos tratamentos, incluindo falências de materiais utilizados, são considerados como parte do mesmo evento coberto.
- 5.5.6.4** Esta Cobertura é assegurada durante o período de Vigência do Seguro, salvo condições que determinem sua suspensão ou Cancelamento, conforme definido nesta Condição Geral.
- 5.5.6.5** O valor da Diária por Incapacidade Temporária contratada deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, renda esta que poderá ser comprovada no momento da contratação desta Cobertura. No eventual Sinistro, deverá ser solicitada a sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal informada pelo Segurado na Proposta de Contratação, o pagamento do Capital Segurado será realizado, de acordo com o valor da renda contratada e comprovada, mas se ficar comprovada Má-Fé do Segurado no que tange à informação constante na Proposta de Contratação, o Segurado perderá o direito

ao recebimento do Capital Segurado, com base no Artigo 766 do Código Civil.

5.5.7 Riscos Excluídos

Além dos Riscos Excluídos da Cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS, estão expressamente excluídos da Cobertura os afastamentos decorrentes de:

- a) Gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente pessoal coberto, neste caso, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente;**
- b) Anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;**
- c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para indução à esterilidade, tratamentos para correção de infertilidade, incluindo a correção de varicocele e similares, inserção de dispositivos contraceptivos, tratamentos para inseminação artificial, procedimentos para manutenção da reserva ovariana, em tratamentos clínicos e procedimentos, como captação para congelamento de óvulos, procedimentos para ovulo-doação, procedimentos clínicos e cirúrgicos com intenção de redesignação de gênero, incluídos os procedimentos de histerectomia, mastectomia e outros correntes na especialidade médica atual;**
- d) Tratamento clínico e/ou cirúrgico para estética em suas várias modalidades e suas consequências, incluindo complicações de dispositivos protéticos de caráter estético, como contraturas capsulares e rupturas de próteses, dentre outras; Mamoplastias redutoras, simetrizações e mastopexias, cirurgias para correção de ginecomastia e mamas acessórias, explante de próteses mamárias anteriormente inseridas; Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença; Cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais cobertos por este seguro ou por reconstrução mamária consequente de mastectomia por neoplasia maligna, ocorridos durante a vigência deste seguro;**
- e) Tratamento clínico ou cirúrgico para obesidade em suas várias modalidades e suas consequências, incluindo dermolipectomias, cirurgias corretivas para lipodistrofias pós-emagrecimentos e similares, exceto a gastroplastia conforme descrita no item 5.5.10.1, alínea a.6;**
- f) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**

- g) Todas as doenças ou transtornos mentais, síndrome do pânico, estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais e psiquiátricos;
- h) Cirurgias ortognáticas, tratamentos dentários, ortodônticos e intervenções odontológicas e em esqueleto facial, por razões reparadoras, salvo os consequentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- i) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- j) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não), incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, Luxações recidivantes de qualquer articulação, exceto após tratamento cirúrgico;
- k) Período que antecede procedimentos, agendados ou programados, salvo se for comprovado, através de exames e relatórios médicos, que durante este período houve incapacidade motora para as atividades laborais.

5.5.8 IMPORTANTE

- a) Ficam ainda excluídos do Risco Coberto por esta Cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.
- b) Afastamentos por período inferior ao de franquia, mesmo que o afastamento seja decorrente de evento coberto.
- c) Caso o Segurado esteja afastado de suas atividades profissionais ou sua ocupação habitual e sua Incapacidade Temporária venha a evoluir para uma Invalidez Permanente, total por Doença ou ainda, total ou parcial por acidente, comprovada por laudo médico, as Diárias por Incapacidade Temporária coberta por este Seguro, cessarão automaticamente.
- d) Também ficam expressamente excluídos da Cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, total ou parcial por acidente, tendo em vista que esta Cobertura cobre apenas Diárias por Incapacidade Temporária.

5.5.9 FRANQUIA

5.5.9.1 A franquia é dedutível por evento.

5.5.9.2 Se houver período de franquia, este será definido na Proposta e Apólice do Seguro.

5.5.10 LIMITE MÁXIMO DE DIÁRIAS

5.5.10.1 O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto, para esta cobertura adicional, será de:

a) 90 (noventa) dias, durante a vigência anual do Contrato de Seguro, independentemente do período de afastamento prescrito, nos casos de eventos decorrentes de:

a.1) Lesões classificadas sob a nomenclatura de L.E.R – Lesão por Esforço Repetitivo ou D.O.R.T – Distúrbio Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, L.T.C – Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, Tendinopatias, Sinovite, Epicondilite, Tenossinovites, Síndromes do impacto, Lesões do Manguito Rotador ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências e tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

a.2) Qualquer tipo de hérnia, decorrente de doença ou acidente;

a.3) Doenças de características reconhecidamente progressivas pela medicina, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, doenças reumatológicas, tenossinovites, artropatias por desgastes articulares condrais e ósseas;

a.4) Lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias, cervicalgias, cervicobraquialgias, dorsalgias, sacralgias e dores por irradiação para membros, causadas por compressão estruturais degenerativas de coluna em todos os níveis;

a.5) Ceratotomia e todos os tipos de cirurgias corretivas para miopias, astigmatismo, hipermetropias e demais quadros degenerativos, incluindo cirurgias a laser, cirurgias refrativas com uso de lente intraocular;

a.6) Gastroplastia (cirurgia bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica, com Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com comorbidades documentadas com exames ou com IMC igual ou maior do que 40 Kg/m², com ou sem comorbidades.

b) Até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, conforme proposta de contratação, para ocorrência dos demais Eventos Cobertos decorrentes de acidente ou doença, exceto aqueles previstos no item, 'Risco Excluídos', desta Cobertura.

5.6 DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMH-O)

Desde que contratada, garante ao segurado, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto, desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente, **observados os riscos excluídos e as demais cláusulas destas condições gerais.**

5.6.1 O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas,

hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

- 5.6.2** O segurado tem direito a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- 5.6.3** A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.
- 5.6.4** A Allianz Seguros reserva-se o direito de submeter o segurado a exames para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, **sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado se recuse.**
- 5.6.5** As despesas efetuadas no exterior serão reembolsadas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, limitadas ao valor do capital segurado.
- 5.6.6** Possuindo o segurado mais de uma apólice de seguro, na Allianz Seguros ou em outra seguradora, garantindo a cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade da Allianz Seguros será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados em todas as apólices em vigor na data do evento.
- 5.6.7** A Reintegração do Capital Segurado desta Cobertura é automática após cada Evento Coberto, sem a cobrança de Prêmio adicional.
- 5.6.8** Esta Cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.7 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

- 5.7.1** Desde que contratada, garante ao segurado, o pagamento correspondente ao Capital contratado para esta cobertura, limitado ao valor constante da Proposta de Contratação, caso o segurado venha a apresentar, **após vencida a carência obrigatória**, diagnóstico definitivo de qualquer das doenças neoplásicas cobertas, exceto se decorrentes de riscos excluídos e respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.
 - 5.7.1.1** O diagnóstico definitivo de câncer deverá ser comprovado através de exames médicos, e deverá ocorrer dentro do período de vigência individual do seguro.
- 5.7.2** Para fins desta Cobertura, estão cobertas, **exclusivamente**, as seguintes doenças neoplásicas:

SEGURADOS DO SEXO FEMININO:

- **Câncer de colo do útero;**
- **Câncer do ovário;**
- **Câncer de mama.**

SEGURADOS DO SEXO MASCULINO:

- **Câncer de próstata.**

5.7.3 Estão excluídos desta cobertura:

- a) carcinoma “in situ” de colo de útero.

Além do subitem acima também estão excluídas desta cobertura todas as patologias não mencionadas no subitem 5.7.2

- 5.7.4 Carência:** Nesta cobertura há uma carência por um período de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir do início da vigência individual do seguro, ou da sua recondução caso tenha sido suspensa a Cobertura, período no qual o Segurado não terá direito a qualquer indenização caso venha a apresentar diagnóstico definitivo de qualquer das doenças neoplásicas cobertas, embora obrigado ao pagamento dos prêmios respectivos.
- 5.7.5 Também não terá direito a qualquer indenização referente a esta cobertura caso o segurado apresente, durante o período de carência a que se refere o subitem anterior, qualquer manifestação das doenças neoplásicas cobertas, ainda que a mesma só venha a ser diagnosticada como câncer depois de ocorrido o prazo de carência.**
- 5.7.6 O pagamento de qualquer indenização decorrente da cobertura de Diagnóstico de Câncer significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.**
- 5.7.7 Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.**

5.8 DOENÇAS GRAVES

- 5.8.1** Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o **pagamento correspondente do Capital Segurado** contratado caso o Segurado venha a apresentar, **depois de vencida a carência**, diagnóstico definitivo comprovado por Médicos Especializados e Habilitados e exames complementares, de uma das doenças cobertas deste seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições gerais e da Proposta de Contratação.**
- 5.8.2** Para as doenças descritas no item 5.8.6, só terão direito ao Capital Segurado os Segurados que se encontrarem em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.
- 5.8.3** Quando contratada cobertura de **Doenças Graves**, para todas as doenças previstas, somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, **não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas ou se originadas do mesmo evento.**

- 5.8.4** O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de **Doenças Graves** significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.
- 5.8.5** A cobertura de **Doenças Graves** cessará quando o segurado completar **71 (setenta e um)** anos de idade. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na atualização anual do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice, excluindo a cobertura de Doenças Graves.
- 5.8.6** Para fins desta cobertura, poderão caracterizar **Doenças Graves**, exclusivamente, as patologias mencionadas nas condições abaixo especificadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.
- 5.8.7** Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

I – DOENÇAS GRAVES (5 TIPOS DE DOENÇAS)

5.8.8 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

- 5.8.8.1 Conceito:** Diagnóstico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista. Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).
- 5.8.8.2 Coberto exclusivamente:** Os Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo e que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.
- 5.8.8.3 Riscos excluídos:**
- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
 - b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
 - c) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
 - d) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual;
 - e) Qualquer neoplasia benigna;
 - f) Carcinoma microinvasivo da mama;
 - g) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
 - h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

5.8.9 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

- 5.8.9.1 Conceito:** Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos).

5.8.9.2 Coberto exclusivamente: Acidente vascular cerebral que produza alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

5.8.9.3 Riscos excluídos: Ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro.

5.8.10 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

5.8.11 Conceito: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares.

5.8.12 Coberto exclusivamente: O Infarto Agudo do Miocárdio, desde que haja tratamento com angioplastia ou revascularização do miocárdio.

5.8.13 TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

5.8.13.1 Conceito: É a transferência do órgão de um indivíduo doador para implantá-lo no segurado receptor.

5.8.13.2 Coberto exclusivamente: Os transplantes de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A caracterização da cobertura será mediante a indicação de transplante feita por médico especialista na doença em questão.

5.8.13.3 Riscos excluídos: Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados nessa cláusula 5.8.13.

5.8.14 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

5.8.14.1 Conceito: É estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins.

5.8.14.2 Coberto exclusivamente: As doenças renais tratadas com diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

5.8.14.3 Riscos Excluídos: Doenças renais que não necessitem de tratamento com diálise ou hemodiálise.

II – DOENÇAS GRAVES (14 TIPOS DE DOENÇAS)

5.8.15 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

5.8.15.1 Conceito: Diagnóstico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista. Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

5.8.15.2 Coberto exclusivamente: Os Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo e que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

5.8.15.3 Riscos excluídos:

- a) **Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;**
- b) **Todos os cânceres não invasivos (in situ);**
- c) **Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;**
- d) **Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual;**
- e) **Qualquer neoplasia benigna;**
- f) **Carcinoma microinvasivo da mama;**
- g) **Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;**
- h) **Câncer de Pele (exceto o Melanoma).**

5.8.16 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

5.8.16.1 Conceito: Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos).

5.8.16.2 Coberto exclusivamente: Acidente vascular cerebral que produza alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

5.8.16.3 Riscos Excluídos: Ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro.

5.8.17 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

5.8.17.1 Conceito: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares.

5.8.17.2 Coberto exclusivamente: O Infarto Agudo do Miocárdio, desde que haja tratamento com angioplastia ou revascularização do miocárdio.

5.8.18 TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

5.8.18.1 Conceito: É a transferência do órgão de um indivíduo doador para implantá-lo no segurado receptor.

5.8.18.2 Coberto exclusivamente: Os transplantes de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A caracterização da cobertura

será mediante a indicação de transplante feita por médico especialista na doença em questão.

5.8.18.3 Riscos Excluídos: Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no nessa cláusula 5.8.18.

5.8.19 ALZHEIMER

5.8.19.1 Conceito: Doença neurológica caracterizada por ser progressiva e levar à perda das funções cognitivas cerebrais (demência).

5.8.19.2 Coberto exclusivamente: Os quadros demenciais devidamente comprovados por meio de laudo emitido por médico especialista.

5.8.20 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

5.8.20.1 Conceito: É estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins.

5.8.20.2 Coberto exclusivamente: As doenças renais tratadas com diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

5.8.20.3 Riscos Excluídos: Doenças renais que não necessitem de tratamento com diálise ou hemodiálise.

5.8.21 DIAGNÓSTICO DE SURDEZ

5.8.21.1 Conceito: É a perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos.

5.8.21.2 Coberto exclusivamente: Diagnóstico de surdez devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

5.8.22 CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA COM IMPLANTE DE PONTE(S) VASCULAR(ES) NAS ARTÉRIAS CORONÁRIAS (BYPASS)

5.8.22.1 Conceito: É a realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que estão estenosadas ou ocluídas, com o implante de ponte(s) (Bypass) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artéria(s) coronária(s).

5.8.22.2 Coberto exclusivamente: As cirurgias tratadas com toracotomia.

5.8.22.3 Riscos Excluídos: Angioplastias, outros procedimentos intra-arteriais e cirurgia por toracotomia mínima.

5.8.23 DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA

5.8.23.1 Conceito: É a ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus no melhor olho.

- 5.8.23.2 Coberto exclusivamente:** Diagnóstico de Cegueira devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

5.8.24 EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO (TEP)

- 5.8.24.1 Conceito:** É o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões.
- 5.8.24.2 Coberto exclusivamente:** Embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.
- 5.8.24.3 Riscos Excluídos:** **Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a embolia pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice em decorrência pré-existente.**

5.8.25 ESCLEROSE MÚLTIPLA

- 5.8.25.1 Conceito:** Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses.
- 5.8.25.2 Coberto exclusivamente:** Esclerose múltipla devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.
- 5.8.25.3 Riscos Excluídos:** **Doença na fase inicial ou que esteja em remissão (sem sintomas).**

5.8.26 PARALISIA DE MEMBROS

- 5.8.26.1 Conceito:** Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia, triplegia, tetraplegia), como resultado de acidente ou doença.
- 5.8.26.2 Coberto exclusivamente:** Paralisia de membros devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.
- 5.8.26.3 Riscos Excluídos:** **Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).**

5.8.27 DOENÇA DE PARKINSON

5.8.27.1 Conceito: Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários).

5.8.27.2 Coberto exclusivamente: Doença de Parkinson devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares, sendo diagnosticadas alterações motoras, sintomas de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

5.8.27.3 Riscos Excluídos: Fase inicial da Doença de Parkinson.

5.8.28 PERDA TOTAL DA FALA

5.8.28.1 Conceito: Perda total e irreversível da capacidade de falar causada por Acidente Pessoal coberto ou doença que afete diretamente a laringe ou os seus nervos, comprometendo a função das pregas vocais estabelecida por um período contínuo de 6 (seis) meses. Por perda total, entende-se a incapacidade de compreensão da maior parte das palavras emitidas (por exemplo: voz muito rouca, voz com volume irregular, fala arrastada, ritmo irregular ou anormal da fala).

5.8.28.2 Coberto Exclusivamente: Por perda irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 180 dias após a data do diagnóstico.

5.8.28.3 Riscos Excluídos: Perda da capacidade de falar psicogênica / psiquiátrica ou decorrente de lesões ou doenças no sistema nervoso central. Mudança de tom, na produção e na qualidade da voz (disfonia ou rouquidão). Perdas temporárias da voz. O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (otorrinolaringologista ou cirurgião de cabeça e pescoço) e embasado por exames especializados.

6 RISCOS EXCLUÍDOS**6.1 ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DO PRESENTE SEGURO, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:**

a) Perdas, danos, prejuízos ou despesas sejam físicos, materiais, de responsabilidades legais ou financeiras, emergentes ou consequentes, direta ou indiretamente resultantes de, para os quais tenham contribuído fissão nuclear, radiações ionizantes, contaminação por qualquer tipo de radioatividade, combustível nuclear, material nuclear, energia nuclear, resíduos nucleares, ou arma nuclear;

b) Todo e qualquer ato direta ou indiretamente causada por, resultante de, ou em conexão com atos de hostilidade, guerra (declarada ou não), subversão, guerrilha, rebelião, insurreição, revolução, motim, guerra química ou bacteriológica, revolta, operações bélicas, e/ou outras perturbações da ordem pública decorrentes de qualquer ato praticado por qualquer organização cujas as atividades visem a derrubar o governo pela força, ou instigar a sua queda, pela perturbação de ordem política e social do país, independentemente de seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;

c) De doenças ou lesões preexistentes à data do início de vigência individual, não declaradas na Proposta de Adesão e que sejam de conhecimento do Segurado, cuja informação tenha sido omitida voluntariamente quando questionado pela seguradora no momento da contratação e, desde que, não tenha sido convencionado prazo de carência.

d) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.

e) De suicídio voluntário e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

e ainda, nos casos em que o Segurado aumentar o capital segurado, o beneficiário não terá direito ao acréscimo do capital.

e.1 Este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando, tecnicamente, a devolução de prêmio ou reserva caso ocorra suicídio voluntário durante o período de exclusão da cobertura;

f) De danos causados por atos ilícitos, dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo o dolo do representando do Segurado ou do Beneficiário em prejuízo destes.

g) Da prática, pelo segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal.

h) Epidemias e pandemias, salvo no caso de morte decorrente diretamente de Covid-19, bem como envenenamento de caráter coletivo, assim declarado por órgão competente.

6.1.1 Com exceção da cobertura Básica-Morte e DIT, estão excluídos das demais coberturas os seguintes riscos:

a) As doenças (inclusive as profissionais), quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;

b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) Não estão cobertas as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal.

6.2 Além dos riscos mencionados no item 6.1., estão expressamente excluídos das coberturas de Indenização Especial por Morte Acidental e de Invalidez Permanente por Acidente:

a) Acidente vascular cerebral;

b) Doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;

c) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente;

d) Competições ilegais em veículos automotores;

e) Lesão intencionalmente auto-infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero, suicídio voluntário e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso, e ainda, nos casos em que o Segurado aumentar o capital segurado, o beneficiário não terá direito ao acréscimo do capital.

6.3 Além dos riscos mencionados no item 6.1., estão expressamente excluídos da cobertura de Despesas Médicas, hospitalares e odontológicas as despesas decorrentes de:

a) Estados de convalescença (após alta médica).

b) Despesas de acompanhantes.

c) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

6.4 Além dos riscos mencionados no item 6.1., estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente total por Doença – IFPD, também estão excluídos desta garantia, ainda que, redundando em quadro clínico

incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) A perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais em decorrência direta ou indiretamente de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);
- c) As doenças agravadas por traumatismos;

6.5 Também estão expressamente excluídos de todas as coberturas do presente seguro, desde que sua causa não decorra de acidentes cobertos:

- a) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências – Exceto quando contratada a cobertura de DIT – Diárias de Incapacidade Temporária, conforme item 5.5 desta Condição Geral
- b) Parto ou aborto e suas consequências;
- c) choque anafilático e suas consequências.

7 PRAZO DE CARÊNCIA

Considera-se como carência a serem aplicadas a cada cobertura:

7.1 Básica (Morte): para eventos decorrentes de suicídio voluntário ou sua tentativa, quando o referido período corresponde rá a 2 (dois) anos ininterruptos contados da data de adesão individual ao seguro. **O prazo de carência para Cobertura por Morte fixado no item 6.1 fica reduzido para 90 (noventa) dias, exclusivamente no caso do sinistro decorrente diretamente de COVID-19.**

7.2 Indenização Especial por Morte Acidental (IEA): para eventos decorrentes de suicídio voluntário ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão individual ao seguro.

7.3 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): para eventos decorrentes de suicídio voluntário ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão individual ao seguro.

7.4 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): não haverá carência.

7.5 DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE (DIT):

- a) 180 (Cento e oitenta) dias de carência para eventos decorrentes de:

a.1 Lesões classificadas sob a nomenclatura de L.E.R – Lesão por Esforço Repetitivo ou D.O.R.T – Distúrbio Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, L.T.C – Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, Tendinopatias, Sinovite, Epicondilite, Tenossinovites, Síndromes do impacto, Lesões do Manguito Rotador ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências e tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

a.2 Qualquer tipo de hérnia, decorrente de doença ou acidente;

a.3 Doenças de características reconhecidamente progressivas pela medicina, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, doenças reumatológicas, tenossinovites, artropatias por desgastes articulares condrais e ósseas;

a.4 Lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias, cervicalgias e cervicobraquialgias, dorsalgias, sacralgias e dores por irradiação para membros, causadas por compressão estruturais degenerativas de coluna em todos os níveis;

a.5 Ceratotomia todos os tipos de cirurgias corretivas para miopias, astigmatismo, hipermetropias e demais quadros degenerativos, incluindo cirurgias a laser, cirurgias refrativas com uso de lente intraocular;

a.6 Gastroplastia (cirurgia bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica, com Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com comorbidades documentadas com exames ou com IMC igual ou maior do que 40 Kg/m², com ou sem comorbidades.

b) 60 (sessenta) dias para eventos decorrentes de doença, exceto as previstas na alínea “a” deste item, cujo prazo de Carência será de 180 dias.

7.5.1 Não há Carência para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais.

7.5.2 Quando for solicitado aumento de Capital Segurado para esta Cobertura, haverá novo cumprimento de Carência exclusivamente à parte aumentada, cuja contagem inicia-se a partir do Início de Vigência do endosso ao seguro, devendo ser observado o que segue:

a) 180 (cento e oitenta) dias para eventos previstos na alínea “a”, do item 7.5.;

b) 60 (sessenta) dias para eventos decorrentes de doença, conforme previsto na alínea “b”, do item 7.5.;

7.6 Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMH-O): para eventos decorrentes de suicídio voluntário ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão individual ao seguro.

7.7 Diagnóstico de câncer: para eventos decorrentes desta cobertura haverá carência de **120 (cento e vinte) dias** contatos a partir do início de vigência.

7.8 Doenças Graves:

- **Diagnóstico de Câncer:** 120 (cento e vinte) dias, a partir da data de início de vigência;
- **Demais coberturas:** 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência.

7.9 Não Haverá carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio voluntário ou sua tentativa, quando corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos.

7.10 O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não poderá exceder metade do prazo de vigência.

7.11 No caso de renovação, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

7.12 Se houver aumento do capital segurado, o beneficiário não terá direito a quantia acrescida, se o suicídio voluntário praticado pelo Segurado ocorrer nos 2 (dois) anos de vigência, contados da data de adesão individual ao seguro.

7.13 Não está compreendido no prazo de carência, o suicídio voluntário em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

7.14 Este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, desta forma, na hipótese de suicídio voluntário dentro do prazo de carência, o Segurado ou o beneficiário terá direito a devolução do prêmio pago ou da reserva matemática formada, se houver.

7.15 Convencionada a carência, a Seguradora não poderá negar o pagamento do Capital Segurado sob alegação de doença preexistente.

8 FRANQUIA

8.1 Se houver período de franquia para uma cobertura contratada, este será definido na Proposta e Apólice do Seguro.

9 ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

9.1 O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

9.2 Quando for o caso, eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.

10 DATA DO EVENTO

10.1 Considera-se como data do evento para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação de sinistros:

- Cobertura Básica (morte): a data do falecimento.

- Cobertura de Indenização Especial por morte Acidental: a data do acidente.
- Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: a data do acidente.
- Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente: a data do acidente.
- Cobertura de Despesas, Médicas, Hospitalares e Odontológicas: a data do acidente.
- Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença: a data em que a invalidez restou caracterizada através de declaração médica idônea aceita pela seguradora.
- Cobertura de Diagnóstico de Câncer: a data do diagnóstico de doença neoplásica coberta.
- Doenças Graves: a data em que a doença foi diagnosticada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora, confirmado por exames.

11 BENEFICIÁRIOS

11.1 São as pessoas físicas ou jurídicas designadas pelo Segurado Principal, para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta. Nas demais coberturas que não envolvam a morte do Segurado Principal, o beneficiário será o próprio Segurado Principal.

11.2 A indicação do beneficiário, poderá ser realizada de forma livre pelo Segurado. Caso a Seguradora não seja comunicada sobre eventual modificação do beneficiário durante a vigência do seguro, o capital segurado será pago ao antigo beneficiário que constar na apólice do seguro.

11.3 Na falta de indicação do beneficiário ou se não prevalecer a indicação feita pelo Segurado, o capital segurado será pago ou, se for o caso, será devolvida a reserva matemática, sendo metade ao cônjuge e o restante aos demais herdeiros do Segurado, se houver.

11.4 Será ineficaz a indicação quando o beneficiário falecer antes da ocorrência do sinistro ou se ocorrer ocorrência, ou seja, no caso de morte simultânea de duas ou mais pessoas em circunstâncias semelhantes.

11.5 Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

11.6 Se não houver beneficiários indicados ou legais na apólice, o valor do capital segurado será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência.

11.7 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário. Será ineficaz a indicação quando o beneficiário falecer antes da ocorrência do sinistro ou se ocorrer ocorrência, ou seja, no caso de morte simultânea de duas ou mais pessoas em circunstâncias semelhantes.

11.8 Se a seguradora, ciente do sinistro, não identificar beneficiário ou dependente do segurado dentro do prazo prescricional previsto em lei, o capital

segurado será aportado no Fundo Nacional para Calamidades Públicas, Proteção e Defesa Civil (Funcap).

11.9 Não prevalecerá a indicação de beneficiário nas hipóteses de revogação da doação, conforme legislação vigente do Código Civil.

11.10 Os beneficiários do seguro para a cobertura básica (morte) e Cobertura adicional de Indenização Especial por morte Acidental do segurado serão aqueles designados na proposta de contratação.

11.10.1 O segurado poderá livremente e a qualquer tempo, por escrito, indicar ou alterar os seus beneficiários, mediante aviso escrito à Allianz Seguros.

11.10.2 Será considerado em caso de sinistro qualquer alteração de beneficiários que seja de conhecimento da Allianz Seguros até o momento do pagamento da indenização. Caso o segurado não de ciência à Allianz Seguros da substituição de seu(s) beneficiário(s) na forma prevista nos subitens acima, a Allianz Seguros pagará a indenização segundo a indicação anterior.

11.11 **No caso das coberturas de invalidez permanente total ou parcial por acidente, invalidez funcional permanente total por doença, diagnóstico de câncer e doenças graves previstas nestas condições gerais, o beneficiário será sempre o próprio segurado.**

11.12 Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

12 ACEITAÇÃO DO SEGURO

12.1 A proposta de seguro poderá ser feita pelo Proponente, seguradora, ou por intermédio de seus Representantes. O corretor de seguro poderá representar o proponente na formação do contrato de seguro.

12.2 A aceitação do seguro ficará condicionada à análise da seguradora da proposta de seguro, podendo ser recusada dentro do prazo de 25 dias a partir da data do protocolo do recebimento da mesma. Durante o prazo de 25 dias a seguradora poderá solicitar documentação complementar, para análise e aceitação do risco, situação que suspenderá a contagem do prazo até a entrega da documentação. A Seguradora comunicará ao proponente, seu representante ou seu corretor de seguros habilitado a não aceitação da proposta, especificando os motivos de recusa. Não havendo manifestação da seguradora dentro do prazo de 25 dias, o risco estará automaticamente aceito.

12.3 Recebida a proposta, a Seguradora terá o prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias para cientificar sua recusa ao proponente, ao final do qual será considerada aceita. Considera-se igualmente aceita a proposta pela prática de atos inequívocos, tais como o recebimento total ou parcial do prêmio ou sua cobrança pela Seguradora. A seguradora poderá solicitar documentação ou informação complementar, e o prazo para a recusa terá novo início, a partir do atendimento da solicitação ou da conclusão das exigências. Em qualquer hipótese, para a validade da recusa, a Seguradora deverá comunicar sua justificativa ao proponente.

12.4 O corretor de seguro é responsável pela efetiva entrega ao destinatário dos documentos e outros dados que lhe forem confiados, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis.

12.5 A proposta de seguro conterá os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. A Seguradora fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e hora de seu recebimento.

12.6 Cobertura Provisória:

- a) A cobertura provisória será concedida, a partir da data do recebimento da proposta de contratação do seguro, corretamente preenchida e assinada, com o comprovante do primeiro pagamento pela manutenção do seguro, terá início a vigência da cobertura provisória. Ela será válida até a comunicação da aceitação definitiva da proposta, a ser feita pela seguradora.
- b) Caso a proposta de contratação de seguro tenha sido recebida pela seguradora sem a comprovação do pagamento da antecipação da primeira parcela, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta.

12.7 Se, por razões de ordem técnica, a proposta não for aceita pela seguradora, serão devolvidos os valores proporcionais pagos pela pessoa segurada e estará encerrado o período de cobertura provisória.

12.8 A emissão, o envio e/ou disponibilização dos documentos do seguro serão feita em até 30 (trinta) dias, a partir da data de aceitação da proposta, podendo ser realizada por meio físico ou remoto. A emissão e o envio da apólice ou certificado individual dentro deste prazo substitui a manifestação expressa de aceitação da proposta pela Seguradora.

13 ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

13.1 A DPS – Declaração Pessoal de Saúde, é obrigatória para aceitação e para fixação do valor do prêmio de seguro, devendo ser obrigatoriamente assinada pelo proponente/segurado, com todas as informações relevantes que o proponente/segurado venha ter conhecimento.

13.2 Todos os dados declarados na declaração pessoal de saúde poderão ser auditados a qualquer momento pela Seguradora.

13.3 São proponentes ao seguro todas as pessoas físicas, em perfeitas condições de saúde e que não estejam aposentados por invalidez, na data do início de vigência individual.

13.4 A inclusão dos proponentes é feita mediante entrega à seguradora de proposta de contratação totalmente preenchida e assinada, pessoalmente ou eletronicamente.

14 VIGÊNCIA DA APÓLICE

14.1 O seguro vigora a partir da data indicada na proposta do seguro para início de vigência ou, na falta desta, na data do recebimento da proposta pela seguradora, excetuando-se os casos de rescisão e cancelamento.

14.2 O início e o término da vigência serão dados às 24h (vinte e quatro horas) dos dias descritos na apólice/proposta de seguro, conforme o caso.

15 ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

15.1 O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo. As alterações serão ratificadas, através de endosso junto à apólice em vigor, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, bem como da Seguradora, ratificada pelo correspondente endosso.

16 AGRAVAMENTO DO RISCO

16.1 A Seguradora ficará isenta de qualquer obrigação se as alterações a seguir enumeradas, ocorrendo durante a vigência desta apólice, não forem imediata e obrigatoriamente comunicadas por escrito pelo Segurado ou pelo seu representante perante a Seguradora, para reanálise do risco e eventual alteração do contrato de seguro:

- a)** Correção ou alteração dos dados cadastrais da apólice, inclusive aqueles relacionados com as características do risco coberto;
- b)** Inclusão e exclusão de garantias (coberturas);
- c)** Alteração da razão social da firma ou transmissão a terceiros de interesse no objeto segurado;
- d)** Alteração da natureza da ocupação exercida.

16.2 O Segurado não deve agravar intencionalmente e de forma relevante, o risco objeto do contrato de seguro, sob pena de perda do pagamento da indenização da cobertura.

16.3 Será relevante o agravamento do risco que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco, previsto no questionário de avaliação de risco ou da severidade dos efeitos das informações prestadas no questionário.

16.4 O Segurado é obrigado a comunicar a seguradora o relevante agravamento do risco, tão logo tome conhecimento.

16.5 A agravação do risco poderá ou não ser aceita pela Seguradora. Ciente do agravamento, a seguradora poderá aplicar as seguintes disposições:

- a)** A Seguradora disporá de 20 (vinte) dias para cobrança das alterações informadas, contados a partir da data em que recebeu a comunicação do agravamento do risco;
- b)** Em caso de não aceitação, a Seguradora poderá cancelar o contrato a partir da data subsequente ao prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do recebimento pelo Segurado ou seu representante da notificação da recusa do risco alterado. Nesse caso, a Seguradora deverá restituir ao

Segurado o prêmio pago proporcionalmente ao período a decorrer de vigência da apólice;

c) Em caso de aceitação, a Seguradora fará a modificação correspondente no Contrato de Seguro e poderá cobrar ou não a diferença do prêmio cabível, dentro do prazo de 20 (vinte) dias mencionado no item “a” desta cláusula. Nesta hipótese, o Segurado não perderá direito ao pagamento na indenização;

d) Em caso de não aceitação em razão do risco não ser tecnicamente possível, a seguradora poderá cancelar o contrato de seguro, hipótese em que o contrato perderá efeito em 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação de cancelamento;

e) O cancelamento poderá ser realizado por qualquer meio que comprove o recebimento da notificação pelo Segurado e a seguradora efetuará a restituição de eventual diferença do prêmio, sem prejuízo da seguradora ao direito do ressarcimento das despesas incorridas com a contratação do seguro;

f) O Segurado que agravar dolosamente o risco coberto, perderá o direito ao pagamento da indenização da cobertura, sem prejuízo do pagamento do prêmio do seguro e da obrigação do ressarcimento das despesas incorridas com a contratação do seguro à seguradora;

g) O Segurado que agravar culposamente o risco coberto, ficará obrigado a pagar a diferença do prêmio apurado pela seguradora;

h) Se agravado o risco de forma culposa e a cobertura for tecnicamente impossível ou o risco não for aceito pela seguradora, o Segurado não terá direito ao pagamento da indenização;

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

j) Na hipótese de ocorrência do sinistro, a seguradora somente poderá recusar o pagamento da indenização, se comprovar o nexo de causalidade entre a causa do agravamento e o sinistro.

k) Mesmo em caso de relevante agravamento do risco, a seguradora somente poderá cobrar a diferença de prêmio, não cancelando o seguro de forma automática.

l) Se houver relevante redução do risco coberto, o valor do prêmio será proporcionalmente reduzido e restituído ao Segurado, caso houver, sem prejuízo da seguradora ao ressarcimento das despesas realizadas com a contratação.

m) O agravamento do risco de forma culposa implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

17 CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1 O contrato de seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes ou nos seguintes casos:

- a) Fraude ou tentativa de fraude por parte do Segurado, simulando ou provocando sinistro ou ainda agravando suas consequências, para obter indenização indevida ou dificultar sua elucidação. Nesta hipótese, a seguradora reterá além dos emolumentos, o prêmio vencido, independentemente da forma de pagamento à vista ou parcelada;
- b) Uso do estabelecimento seguro para fins diferentes da ocupação constante da apólice, a não ser que tenha havido prévia comunicação do fato à Seguradora e que ela tenha concordado com a alteração ocorrida;
- c) Falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio dentro dos prazos previstos na Cláusula 19 – Pagamento do Prêmio, destas Condições Gerais e após notificação prévia pela Seguradora.
- d) Além das demais situações previstas nestas Condições Gerais, este Contrato de Seguro será cancelado quando a indenização ou a soma das indenizações pagas, atingirem o Limite Máximo de Capital Segurado para as coberturas especificamente discriminadas e/ou atingirem o limite máximo de garantia expressamente e estabelecido na apólice.

17.2 Em razão do cancelamento referido, não caberá nenhuma devolução de prêmio ao Segurado nem mesmo quando, por força da efetivação de um dos riscos cobertos, resulte inoperante, parcial ou totalmente a cobertura de outros riscos previstos na apólice.

17.3 Por outro lado, o presente contrato poderá ser rescindido total ou parcialmente, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes e, neste caso, a Seguradora reterá o prêmio recebido, observando as seguintes condições:

- a) Se a rescisão se der por iniciativa do Segurado, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, no máximo, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto prevista na cláusula 19 – Pagamento do Prêmio, constante destas Condições Gerais.
- b) Se a rescisão se der por iniciativa da Seguradora, esta reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

18 RENOVAÇÃO DE SEGURO

18.1 A renovação do seguro poderá ser automática, de acordo com o contrato estabelecido.

18.2 Em caso de renovação automática, serão utilizadas as informações da apólice anterior, de modo que qualquer alteração no risco deverá ser prévia e expressamente comunicada à Seguradora. A Seguradora obrigatoriamente comunicará o segurado em até 30 (trinta) dias de antecedência do término do contrato da sua decisão de não renovar o seguro ou das mudanças que pretenda fazer para a renovação deste. A não comunicação prévia dentro do prazo mencionado, acarretará automaticamente na renovação do seguro.

18.3 Salvo se a seguradora encerrar operações no ramo ou na modalidade, a recusa de renovação de seguros individuais sobre a vida e a integridade física que tenham sido renovados sucessiva e automaticamente por mais de 10 (dez) anos deverá ser precedida de comunicação ao segurado e acompanhada de oferta de outro seguro que contenha garantia similar e preços atuarialmente repactuados, em função da realidade e do equilíbrio da carteira, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, vedados carências e direito de recusa de prestação em virtude de fatos preexistentes. Em caso de renovação não automática, a renovação deverá ser feita de forma expressa.

18.4 O segurado poderá recusar a renovação a qualquer tempo antes do início de sua vigência, comunicando-o à seguradora ou deixando de efetuar o pagamento da única ou da primeira parcela do prêmio.

19 PAGAMENTO DO PRÊMIO

19.1 O pagamento do prêmio poderá ser efetuado à vista ou em prestações mensais acrescidas dos encargos mencionados na apólice.

19.2 Nas apólices com pagamento único ou fracionado, o não pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela do prêmio, na data indicada no respectivo instrumento de cobrança, acarretará a extinção automática do contrato desde seu início de vigência.

19.3 A data limite para o pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da apólice de seguro, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação e dos aditivos ou endosso dos quais resulte aumento de prêmio.

19.4 A data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma das parcelas é o dia de vencimento estipulado no documento de cobrança. Quando a data limite vencer no dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente de funcionamento do sistema bancário.

19.5 A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

19.6 Na antecipação do pagamento do prêmio total ou parcialmente fracionado, ocorrerá redução proporcional dos juros pactuados.

19.7 Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada no mínimo a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL		RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365		73	195/365
20	30/365		75	210/365
27	45/365		78	225/365
30	60/365		80	240/365
37	75/365		83	255/365
40	90/365		85	270/365
46	105/365		88	285/365
50	120/365		90	300/365
56	135/365		93	315/365
60	150/365		95	330/365
66	165/365		98	345/365
70	180/365		100	365/365

19.8 Para percentuais não previstos na tabela de prazo curto, no subitem 19.7 deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

19.9 Ocorrendo atraso no pagamento, a cobertura poderá ser restabelecida pelo período inicialmente contratado, desde que efetuado o pagamento da parcela ou parcelas vencidas dentro do prazo indicado na tabela acima e indicado na apólice de seguro, acrescido de juros equivalentes aos praticados no mercado financeiro.

19.10 A mora relativa às demais parcelas suspenderá a garantia contratual, sem prejuízo do recebimento do prêmio pela Seguradora, após notificação ao segurado, concedendo-lhe o prazo de 15 (quinze) dias, contado do recebimento, para a regularização do pagamento do prêmio em atraso.

19.11 A notificação será feita pela Seguradora por qualquer meio que comprove o seu recebimento pelo segurado e ainda conterá as advertências de que o não pagamento no novo prazo suspenderá a cobertura, e que, não havendo a regularização do pagamento, a Seguradora fica isenta da responsabilidade de efetuar o pagamento da indenização de sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga.

19.12 Caso o Segurado recuse o recebimento da notificação ou não seja encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo de 15 (quinze) dias terá início na data da não entrega da notificação.

19.13 O cancelamento da apólice, exceto quando se tratar de atraso no pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela do prêmio, está condicionada a notificação prévia e não poderá ocorrer em prazo inferior a 30 (trinta) dias após a suspensão da cobertura. O cancelamento isenta a Seguradora por sinistros e despesas de salvamento ocorridos a partir desta data.

19.14 Em caso de falta de pagamento do prêmio, seja à vista ou da parcela até a data de vencimento prevista no instrumento de cobrança, fica facultado à seguradora

conceder ou não uma nova data limite para regularização do pagamento do prêmio. Neste caso, o segurado deverá respeitar o novo prazo máximo para pagamento de no mínimo 15 dias corridos, mesmo que a data seja em dia não útil, pois, em caso de não pagamento ocorrerá o cancelamento com a aplicação da tabela de prazo curto, conforme subitem 19.7 das Condições Gerais.

19.15 Reestabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescido de juros equivalentes aos praticados no mercado financeiro, e atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), dentro do novo prazo de vigência ajustado, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice.

19.16 Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no subitem 18.8 sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, a Seguradora, operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

19.17 No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora, suspenderá sua vigência.

19.18 O disposto no subitem 19.7 e seus subitens não se aplicam aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

19.19 Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário.

19.20 Nos seguros estruturados com reserva matemática, o não pagamento das parcelas do prêmio subsequentes a primeira parcela, implicará a redução proporcional da cobertura ou a devolução da reserva. Caberá ao Segurado e aos beneficiários a escolha entre, a redução da cobertura ou a devolução da reserva, que será feita pela Seguradora dentro do prazo de 30 (trinta) dias contados da notificação da inadimplência, constando a informação de que, se não houver manifestação da escolha, a decisão caberá à Seguradora.

19.21 O prazo de 30 (trinta) dias previsto na cláusula anterior, terá início na data da frustração da notificação quando o Segurado ou o Estipulante recusar o recebimento ou, não for encontrado no último endereço informado à Seguradora ou no que constar dos cadastros normalmente utilizados pelas instituições financeiras.

19.22 A Seguradora estará dispensada do envio da notificação ao Segurado, quando na notificação prévia sobre a regularização do pagamento do prêmio, já informar sobre a suspensão da cobertura e do cancelamento da apólice, caso o pagamento não seja regularizado.

19.23 Quando frustrada a entrega da notificação, a Seguradora poderá executar a cobrança do prêmio devido, inclusive na hipótese de garantir a cobertura do interesse segurado.

19.24 O prêmio pode ser convencionado por prazo limitado ou por toda a vida do segurado.

19.25 O direito à indenização não ficará prejudicado quando o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que o tenha sido efetuado até a data de vencimento estipulado. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do contrato de seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

19.26 Nos casos de indenização integral, qualquer pagamento por força do presente contrato somente será efetuado caso o prêmio esteja sendo pago em seus respectivos vencimentos. As eventuais parcelas vincendas, a qualquer título, serão exigidas integralmente por ocasião do pagamento da indenização e, nesse caso, os juros advindos do fracionamento serão excluídos de forma proporcional.

20 REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS

20.1 No caso de não pagamento de prêmios mensais, bimestrais, trimestrais, quadrimestrais, semestrais ou anuais. O seguro poderá ser reabilitado, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento das parcelas limitado a 60 (sessenta) dias.

20.2 Durante o período de inadimplência, a cobertura do seguro será mantida com consequente cobrança do prêmio acrescido de juros, atualização monetária e multa moratória, e, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) Beneficiário(s).

20.3 O seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, na eventualidade da falta de quitação de qualquer parcela por prazo igual ou superior a 60 (sessenta) dias, não podendo ser restabelecido. Havendo interesse, deverá ser contratado um novo seguro com fiel observância de todos os prêmios requisitos da aceitação sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento.

20.4 A Sociedade Seguradora enviará correspondência ao Segurado, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato. Esta correspondência funciona como notificação para o cumprimento da contraprestação do contrato.

21 OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

21.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais, o Segurado, sob pena de perder o direito a qualquer indenização, bem como ao prêmio vencido e para não promover o cancelamento do seguro, deverá:

- a)** Pagar os Prêmios até a data dos respectivos vencimentos;
- b)** Prestar, no ato da contratação e durante toda a vigência do seguro, declarações verdadeiras e completas à Seguradora.
- c)** Comunicar quaisquer alterações, de hábitos ou profissão, ocorridas durante a vigência do Certificado Individual, que impliquem em circunstâncias que alterem a natureza dos riscos cobertos para a devida análise e ajustes necessários. São consideradas alterações de risco, exemplificativamente, a

mudança de atividade profissional, a mudança de residência para outro país e a prática de esportes radicais.

22 ATUALIZAÇÃO DE VALORES

22.1 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 deste Contrato de Seguro, ficando sujeito às seguintes regras:

a) Em caso de endossos com restituição de prêmio, inclusive cancelamento do seguro, os valores a serem restituídos ao Segurado estarão sujeitos à atualização monetária, de acordo com a variação positiva do IPCA/IBGE, a contar da data de protocolo do pedido de endosso na Seguradora, até a data do efetivo pagamento ao Segurado e ainda conforme previsto na Cláusula 17 Cancelamento Seguro;

b) Em caso de proposta de Seguro recusada, não haverá restituição de prêmio devido não haver cobrança de prêmio, por parte da seguradora, antes da emissão da apólice;

c) Em caso de devolução de valores recebidos indevidamente pela Seguradora, os valores a serem devolvidos ao Segurado estarão sujeitos à atualização monetária, de acordo com a variação positiva do IPCA/IBGE, a contar da data de recebimento do prêmio pela Seguradora até a data do efetivo pagamento ao Segurado;

d) Em caso de indenização de Sinistros ocorrida após o prazo previsto na Cláusula 25 – Pagamento da Indenização, incidirão:

d.1) Atualização monetária a partir da data de ocorrência do Sinistro, de acordo com a variação positiva do IPCA/IBGE; e

d.2) Juros moratórios de acordo com a variação da taxa SELIC, a contar da data de término do prazo contratual para pagamento da indenização, conforme a citada Cláusula 9 – Prejuízos Indenizáveis, até a data de pagamento efetivo. Na ausência da taxa prevista nesta cláusula, os juros moratórios serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional;

d.3) Multa de 2% (dois por cento), sobre o pagamento da indenização;

d.4) Quando a indenização for paga sob a forma de reembolso de despesas, na hipótese prevista na alínea "d" acima, a data de exigibilidade para fins de atualização monetária será a data do efetivo dispêndio pelo segurado ou beneficiário.

e) As atualizações previstas nesta Cláusula serão efetuadas com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação;

f) Todos os valores constantes dos documentos devem ser expressos em moeda corrente nacional, vedada a utilização de unidade monetária de qualquer outra natureza. Essa obrigatoriedade não se aplica às operações

contratadas em moeda estrangeira, expressamente autorizadas nos termos da regulamentação específica;

g) O Segurado, a qualquer tempo, poderá subscrever nova proposta ou solicitar emissão de endosso, para alteração do limite de garantia contratualmente previsto, ficando a critério da Seguradora sua aceitação e alteração do prêmio, quando couber.

23 REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO EM RAZÃO IDADE

23.1 Este seguro está estruturado no critério tarifário por idade, independentemente da atualização monetária prevista no item 22. Atualização de Valores.

23.2 A nova taxa do seguro será aplicada juntamente com a atualização do capital segurado;

23.3 Os prêmios correspondentes a cada segurado serão reenquadrados anualmente, na data de aniversário da Apólice, de acordo com a mudança de idade do segurado, conforme percentuais apresentados a seguir para cada cobertura contratada:

23.3.1 Para a cobertura de MORTE:

Idade	Ajuste %		Idade	Ajuste %	
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino
15	19,23	10,53	48	8,99	9,65
16	19,36	9,52	49	9,28	8,80
17	16,22	8,70	50	9,43	9,56
18	13,95	4,00	51	9,05	9,40
19	10,20	3,85	52	9,49	9,20
20	9,26	0,00	53	9,39	9,55
21	5,09	3,70	54	9,24	9,74
22	4,84	0,00	55	9,67	9,35
23	3,08	0,00	56	9,37	9,40
24	1,49	0,00	57	9,32	9,38
25	0,00	0,00	58	9,68	9,64
26	0,00	0,00	59	9,45	9,77
27	0,00	3,57	60	9,41	9,50
28	0,00	3,45	61	9,65	9,49
29	0,00	3,33	62	9,44	9,65
30	0,00	3,23	63	9,50	9,71
31	0,00	3,13	64	9,61	9,47
32	1,47	6,06	65	9,50	9,77
33	2,90	5,71	66	9,57	9,59
34	2,82	8,11	67	9,54	9,69
35	4,11	5,00	68	9,55	9,69
36	5,26	9,52	69	9,48	9,61

37	5,00	6,52	70	9,58	9,72
38	5,95	8,16	71	9,52	9,61
39	6,74	9,43	72	9,53	9,75
40	6,32	6,90	73	9,52	9,70
41	7,92	9,68	74	9,55	9,74
42	8,26	8,82	75	9,51	9,69
43	7,63	8,11	76	9,49	9,72
44	8,66	10,00	77	9,48	9,73
45	8,70	9,09	78	9,52	9,77
46	8,67	8,33	79	9,48	9,77
47	9,20	9,62	80	9,99	9,98

23.3.1.1 Para idades entre 81 e 99 anos, o reajuste anual será de 10%

23.3.1.2 Para idades a partir de 100 anos, o reajuste anual será de 15%

23.3.2 Para a cobertura de INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – IFPD:

Idade	Ajuste %		Idade	Ajuste %	
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino
15	20,00	14,29	48	8,70	9,09
16	16,67	12,50	49	9,33	8,33
17	21,43	11,11	50	8,54	9,62
18	11,77	0,00	51	8,99	10,53
19	10,53	0,00	52	9,28	9,52
20	9,52	10,00	53	9,43	8,70
21	4,35	0,00	54	9,48	9,33
22	4,17	0,00	55	9,45	9,76
23	4,00	0,00	56	10,07	8,89
24	0,00	0,00	57	9,15	10,20
25	0,00	0,00	58	9,58	9,26
26	0,00	0,00	59	9,29	9,32
27	0,00	0,00	60	9,50	10,08
28	0,00	0,00	61	9,59	9,16
29	0,00	9,09	62	9,58	9,68
30	0,00	0,00	63	9,51	10,00
31	0,00	8,33	64	9,72	9,63
32	3,85	0,00	65	9,49	9,27
33	0,00	7,69	66	9,54	9,82
34	3,70	7,14	67	9,50	9,76
35	3,57	6,67	68	9,40	9,63
36	6,90	12,50	69	9,69	9,80

37	3,23	5,56	70	9,44	9,54
38	6,25	5,26	71	9,54	9,83
39	5,88	10,00	72	9,55	9,46
40	8,33	9,09	73	9,63	9,81
41	7,69	8,33	74	9,48	9,79
42	7,14	7,69	75	9,43	9,69
43	8,89	10,71	76	9,55	9,72
44	8,16	9,68	77	9,56	9,66
45	9,43	8,82	78	9,41	9,84
46	8,62	8,11	79	9,49	9,76
47	9,52	10,00	80	9,47	9,74

23.3.2.1 Para idades a partir de 81 anos, o reajuste anual será de 10%

23.3.3 Para as coberturas de **INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (IEA)** e **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)**, só haverá reajuste a partir da idade de 66 anos, conforme tabela abaixo:

Idade	Ajuste %		Idade	Ajuste %	
	IEA	IPA		IEA	IPA
66	10,53	11,11	83	10,07	10,29
67	9,52	10,00	84	10,10	10,00
68	10,15	9,09	85	10,03	10,30
69	10,53	11,11	86	9,90	9,89
70	9,52	10,00	87	9,95	10,00
71	9,78	9,09	88	9,91	10,00
72	9,90	10,42	89	10,00	9,92
73	9,91	9,43	90	9,98	10,15
74	9,84	10,35	91	10,05	9,90
75	9,70	9,38	92	10,02	9,94
76	10,20	10,00	93	10,04	9,89
77	9,88	10,39	94	9,98	10,03
78	10,11	10,59	95	9,96	10,05
79	10,20	9,57	96	9,96	9,98
80	10,19	9,71	97	9,97	10,04
81	10,08	9,74	98	9,98	10,00
82	9,92	9,68	99	9,99	10,05

23.3.3.1 Para idades a partir de 100 anos, o reajuste anual será de 10%

23.3.4 Para a cobertura de **DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – DC:**

Idade	Ajuste %	
	Masculino	Feminino
15	20,83	11,77
16	17,24	10,53
17	17,65	9,52
18	12,50	4,35
19	11,11	4,17
20	8,00	0,00
21	5,56	4,00
22	5,26	0,00
23	1,67	0,00
24	1,64	0,00
25	1,61	0,00
26	0,00	0,00
27	0,00	3,85
28	0,00	0,00
29	0,00	3,70
30	0,00	3,57
31	0,00	6,90
32	1,59	3,23
33	3,13	6,25
34	3,03	8,82
35	2,94	5,41
36	4,29	7,69
37	5,48	7,14
38	6,49	8,89
39	6,10	8,16
40	8,05	9,43
41	7,45	8,62
42	7,92	7,94
43	8,26	8,82
44	8,48	9,46
45	8,59	8,64
46	8,63	9,09
47	8,61	9,38

Idade	Ajuste %	
	Masculino	Feminino
48	9,15	9,52
49	9,50	9,57
50	9,18	8,73
51	9,35	9,49
52	9,40	10,00
53	9,38	9,09
54	9,29	9,44
55	9,48	9,65
56	9,25	9,26
57	9,56	9,75
58	9,48	9,65
59	9,57	9,51
60	9,56	9,33
61	9,49	9,71
62	9,53	9,65
63	9,49	9,54
64	9,54	9,60
65	9,50	9,78
66	9,52	9,65
67	9,57	9,65
68	9,54	9,57
69	9,53	9,72
70	9,54	9,63
71	9,55	9,72
72	9,48	9,71
73	9,55	9,73
74	9,54	9,66
75	9,50	9,78
76	9,50	9,72
77	9,47	9,73
78	9,50	9,73
79	9,49	9,76
80	9,48	9,80

23.3.4.1 Para idades a partir de 81 anos, o reajuste anual será de 10%

23.3.5 Para a cobertura de Diárias por incapacidade Temporária por Doença ou Acidente (DIT):

23.3.5.1 Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

23.3.5.2 Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Diárias por incapacidade temporária por doença ou acidente, de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Ajuste %	
	Homem	Mulher
Até 18	0,0	0,0
19	4,1	4,1
20	4,1	4,1
21	4,1	4,1
22	4,1	4,1
23	4,1	4,1
24	4,1	4,1
25	4,1	4,1
26	4,1	4,1
27	4,1	4,1
28	4,1	4,1
29	4,1	4,1
30	4,1	4,1
31	4,1	4,1
32	4,1	4,1
33	4,1	4,1
34	4,1	4,1
35	4,1	4,1
36	4,1	4,1
37	4,1	4,1
38	4,1	4,1
39	4,1	4,1
40	4,1	4,1
41	4,1	4,1
42	4,1	4,1
43	4,1	4,1

Idade	Ajuste %	
	Homem	Mulher
44	4,1	4,1
45	4,1	4,1
46	4,1	4,1
47	4,1	4,1
48	4,1	4,1
49	4,1	4,1
50	4,1	4,1
51	4,1	4,1
52	4,1	4,1
53	4,1	4,1
54	4,1	4,1
55	4,1	4,1
56	4,1	4,1
57	4,1	4,1
58	4,1	4,1
59	4,1	4,1
60	4,1	4,1
61	4,1	4,1
62	4,1	4,1
63	4,1	4,1
64	4,1	4,1
65	4,1	4,1
66	4,1	4,1
67	4,1	4,1
68	4,1	4,1
69	4,1	4,1

23.3.6 Para a cobertura de DOENÇAS GRAVES – DG, (5 tipos de doenças), anualmente a cobertura sofrerá os seguintes ajustes:

Idade	Ajuste %	
	Masculino	Feminino
15	10,34	10
16	9,38	9,09
17	5,71	8,33
18	8,11	7,69
19	10	9,52
20	6,82	6,52
21	8,51	10,2
22	9,8	7,41
23	7,14	8,62
24	8,33	7,94
25	7,69	8,82
26	8,57	8,11
27	7,89	8,75
28	8,54	8,05
29	7,87	8,51
30	8,33	8,82
31	8,65	8,11
32	7,96	8,33
33	8,2	8,46
34	8,33	8,51
35	7,69	8,5
36	8,44	8,43

Idade	Ajuste %	
	Masculino	Feminino
37	8,38	8,33
38	8,29	8,21
39	7,65	8,53
40	8,53	8,3
41	7,86	8,47
42	8,5	8,18
43	7,84	8,25
44	8,3	8,57
45	8,31	8,48
46	7,96	8,36
47	8,2	8,21
48	8,08	8,51
49	8,18	8,26
50	8,21	8,41
51	8,18	8,3
52	8,12	8,33
53	8,19	8,46
54	8,04	8,37
55	8,18	8,38
56	8,23	8,33
57	8,1	8,36
58	8,19	8,33

Idade	Ajuste %	
	Masculino	Feminino
59	8,1	8,36
60	8,19	8,41
61	8,11	8,33
62	8,18	8,36
63	8,11	8,4
64	8,15	8,32
65	8,2	8,39
66	8,13	8,39
67	8,15	8,34
68	8,11	8,34
69	8,19	8,38
70	8,11	8,36
71	8,17	8,37
72	8,13	8,36
73	8,16	8,36
74	8,14	8,37
75	8,16	8,38
76	8,14	8,36
77	8,15	8,34
78	8,14	8,38
79	8,15	8,36
80	8,15	8,35

23.3.6.1 Para idades a partir de 81 anos, o reajuste anual será de 8,15% para o sexo masculino e 8,36% para o sexo feminino.

23.3.7 Para a cobertura de DOENÇAS GRAVES – DG, (14 tipos de doenças), anualmente a cobertura sofrerá os seguintes ajustes:

Idade	Ajuste %	
	Masculino	Feminino
15	9,38	9,09
16	8,57	8,33
17	10,53	7,69
18	7,14	9,52
19	8,89	8,7
20	10,2	10
21	7,41	9,09
22	10,34	8,33
23	7,81	9,23
24	8,7	8,45

Idade	Ajuste %	
	Masculino	Feminino
37	9,13	8,76
38	8,81	8,9
39	8,5	8,95
40	8,96	8,93
41	8,9	9,18
42	8,81	8,71
43	8,67	9,12
44	9,04	8,86
45	8,78	8,84
46	8,74	8,97

Idade	Ajuste %	
	Masculino	Feminino
59	8,83	8,92
60	8,8	8,96
61	8,79	8,93
62	8,83	8,91
63	8,81	8,93
64	8,78	8,93
65	8,8	8,91
66	8,83	8,95
67	8,8	8,93
68	8,82	8,91

25	9,33	9,09	47	8,87	9,02	69	8,78	8,93
26	8,54	9,52	48	8,71	8,81	70	8,81	8,94
27	8,99	8,7	49	8,89	8,93	71	8,81	8,93
28	9,28	9	50	8,8	8,95	72	8,82	8,92
29	8,49	9,17	51	8,82	9,05	73	8,82	8,93
30	8,7	9,24	52	8,78	8,81	74	8,8	8,92
31	8,8	8,46	53	8,82	9,04	75	8,8	8,94
32	8,82	9,22	54	8,79	8,83	76	8,8	8,93
33	9,46	9,09	55	8,81	9	77	8,81	8,92
34	8,64	8,93	56	8,78	8,89	78	8,81	8,93
35	8,52	8,74	57	8,87	8,92	79	8,81	8,93
36	8,9	9,05	58	8,79	8,95	80	8,8	8,92

23.3.7.1 Para idades a partir de 81 anos, o reajuste anual será de 8,81% para o sexo masculino e 8,93% para o sexo feminino.

23.3.8 Para a cobertura de **DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMH-O)**, só haverá reajuste de 10% a partir da idade de 66 anos:

23.4 A Allianz Seguros reserva-se o direito de exigir, em qualquer tempo, prova satisfatória da idade do segurado.

24 PERDA DE DIREITOS

24.1 Além dos casos previstos em lei, a Seguradora ficará isenta de qualquer obrigação desse contrato, nos seguintes casos:

- a) Se o Segurado ou seu representante fizer declarações inexatas, falsas ou incompletas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio;
- b) Se o Segurado deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;
- c) Se o Segurado ou seu representante praticar fraude ou tentativa de fraude, procurar obter benefícios ilícitos, agir com culpa grave, má-fé, atos propositais, negligência ou simular um sinistro para obter indenização;
- d) Se o sinistro for devido por atos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
- e) Se ficar comprovado que o Segurado, não cumprindo os procedimentos elencados na Cláusula 16 – Procedimentos em Caso de Sinistro, agravou intencionalmente e de forma relevante o risco, majorando os prejuízos correspondentes;
- f) Se as inexatidões e/ou omissões a que se referem às alíneas anteriores decorrerem de descumprimento doloso e de má fé do Segurado ou seu representante, haverá perda do pagamento da indenização, sem prejuízo da dívida do prêmio e da obrigação do Segurado ou seu representante de

ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora:

g) A sanção do pagamento da indenização da cobertura, será aplicável ainda que a omissão seja detectada após a ocorrência do sinistro.

h) O Segurado poderá afastar a aplicação da sanção de perda do pagamento da indenização da cobertura, consignando a diferença de prêmio, e provando a casualidade da omissão e sua boa-fé.

24.2 Se a inexatidão ou omissão da declaração a que se referem às alíneas anteriores decorrerem de descumprimento doloso e de má fé do Segurado ou seu representante, haverá perda do pagamento da indenização, sem prejuízo da dívida do prêmio e da obrigação do Segurado ou seu representante de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora:

24.3 A sanção do pagamento da indenização da cobertura, será aplicável ainda que a omissão seja detectada após a ocorrência do sinistro.

24.4 O Segurado poderá afastar a aplicação da sanção de perda do pagamento da indenização da cobertura, consignando a diferença de prêmio, e provando a casualidade da omissão e sua boa-fé.

24.5 Se as inexatidões e/ou omissões a que se referem às alíneas anteriores decorrerem de descumprimento culposo e de ausência de má fé do Segurado ou seu representante, a Seguradora poderá:

a) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a1) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido ou;

a2) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada;

b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização parcial do capital segurado:

b1) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido ou;

b2) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

c) Na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral do capital segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

24.6 Se, diante dos fatos não informados, o pagamento da indenização da cobertura for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja aceito pela seguradora, o contrato será cancelado, sem prejuízo da obrigação do Segurado de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

24.7 O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o

risco.

24.8 Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Allianz Seguros isenta de quaisquer responsabilidades.

25 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

25.1 PRAZO DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

25.1.1 Após a entrega de toda a documentação básica relacionada nos subitens 26.20., para cada cobertura reclamada, e estando caracterizado o sinistro para a cobertura do seguro, a Allianz Seguros providenciará o pagamento da indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos.

25.1.2 Na hipótese de recusa do pagamento da indenização, o segurado ou beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, em até 30 dias da entrega de toda documentação para avaliação do sinistro.

25.2 ATUALIZAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

25.2.1 Decorrido o prazo de pagamento da indenização, o capital segurado passa a ser atualizado pela variação positiva do índice IPCA/IBGE ou, na falta deste, IPC/IBGE, pro rata dia, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item 25.1 – Prazo de pagamento da indenização, até a data do efetivo pagamento.

25.3 FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

25.3.1 A indenização será realizada em moeda corrente nacional.

25.3.2 Para recebimento do Capital Segurado deverá ser comprovada a ocorrência do Sinistro avisado, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultada à Allianz Seguros quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos relatados no Aviso de Sinistro.

25.3.3 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Allianz Seguros.

25.3.4 O pagamento da indenização será realizado em forma de parcela única.

25.3.5 O Capital Segurado da Cobertura de Morte, Morte Acidental, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas, Doenças Graves (5 ou 14 tipos) e Diagnóstico de Câncer poderão ser pagos de forma integral, já a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente poderá ser paga de forma integral ou proporcional, dependendo do grau da lesão apurada, conforme tabela para cômputo de invalidez prevista no item 5.3 desta condição geral.

25.3.6 O pagamento da Assistência Funeral não obriga a Allianz Seguros a garantir o pagamento das demais Coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

25.3.7 Os pagamentos da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente e Diária por Incapacidade Temporária por Acidente serão pagas conforme segue:

- a)** Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Allianz Seguros, mediante a apresentação de relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo Segurado a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao Médico.
- b)** Nos casos em que o período de Incapacidade Temporária não superar 30 (trinta) dias, a Allianz Seguros providenciará um único pagamento, no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do 10º (décimo) ou 7º (sétimo) dia, de acordo com a franquia contratada, da data do início de afastamento de suas atividades profissionais, já considerando o período de Franquia previsto no item 8 até a alta médica ou a utilização do Limite de Diárias estabelecidas nesta Condição Geral.
- c)** A Allianz Seguros efetuará o pagamento das diárias na qual o Segurado tenha direito, de acordo com a Incapacidade Temporária, desde que assim justificadas por relatório médico, Auditoria Médica e, se necessário, exames complementares.
- d)** Em caso de morte do Segurado cessará o direito ao pagamento das diárias por Incapacidade Temporária, sendo que as diárias relativas ao período em que o Segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais serão pagas aos seus herdeiros nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.
- e)** Nos casos de múltiplas lesões, consequentes do mesmo Sinistro, a Allianz Seguros reconhecerá a mais grave entre elas, ou seja, aquela em que determinar o maior período de afastamento por Incapacidade Temporária do Segurado no exercício de suas atividades profissionais, não havendo acúmulo no valor das diárias.
- f)** A cessação do pagamento das diárias por Incapacidade Temporária ocorrerá:
 - i)** Na data da alta médica, devendo o Segurado apresentar o respectivo comprovante firmado pelo Médico; ou,
 - ii)** Com a utilização do Limite de Diárias, devendo o Segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, firmado pelo Médico.
- g)** Não será permitido o acúmulo de diárias quando houver mais de um evento que dê causa a Incapacidade Temporária durante um mesmo período.
- h)** Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder o limite máximo de diárias, de acordo com o evento, conforme estabelecido nesta Condição Geral.
- i)** Nos casos em que o Segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, dentro do mesmo ano de aniversário da apólice, terá direito somente à quantidade de diárias por Incapacidade Temporária que faltarem para completar o limite máximo de

diárias, de acordo com o evento, conforme estabelecido nesta Condição Geral.

- j) No aniversário da apólice, as Diárias de Incapacidade Temporária passam a ter reintegração de limite de diárias por evento.

25.4 JUROS DE MORA

25.4.1 Na hipótese de não cumprimento pela Allianz Seguros do prazo contratualmente previsto para pagamento da respectiva obrigação pecuniária, os valores sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no plano e juros equivalentes aos praticados no mercado financeiro.

25.4.2 Os juros moratórios, serão calculados, em base pró rata die, desde o primeiro dia subsequente àquele em que a obrigação tornou-se contratualmente exigível, até a data do efetivo pagamento.

25.4.3 A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

25.4.4 Os pagamentos de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios ocorrerão independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

25.5 DESPESAS DE SALVAMENTO

25.5.1 Serão indenizáveis os danos, as perdas e os prejuízos decorrentes dos riscos cobertos previstos e expressamente incluídos nesta apólice, constituídos:

- a) Das despesas com as medidas de contenção e de salvamento comprovadamente efetuadas pelo segurado, para evitar o sinistro iminente ou reduzir seus efeitos, mesmo que realizadas por terceiros, até o limite 5% sobre o limite máximo de indenização, sem reduzir o capital segurado e, ainda que os prejuízos não superem o valor da franquia ou que as medidas adotadas tenham sido ineficazes. Não constitui em despesas de salvamento, aquelas realizadas com a prevenção ou tratamento de doenças.
- b) A Seguradora, não estará obrigada ao pagamento de despesas com medidas notoriamente inadequadas, observado o capital segurado contratado para o tipo de sinistro iminente ou verificado. A Seguradora suportará a totalidade das despesas efetuadas com a adoção de medidas de contenção ou de salvamento que expressamente recomendar para o caso específico, ainda que excedam o limite pactuado.
- c) A ocorrência do evento deverá ser comunicada à Allianz Seguros e deverão ser enviados os documentos abaixo:
 - Declaração do segurado ou beneficiário detalhando as medidas urgentes adotadas;
 - Notas fiscais das despesas realizadas;

- Comprovantes de pagamento das referidas despesas;
- Prontuário médico do primeiro atendimento.

26 PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

26.1 Em caso de sinistro coberto pela apólice, o Segurado, sob pena de perder direito à indenização, conforme Cláusula 24 - Perda de Direitos obriga-se, logo que dele tenha conhecimento, a:

- a)** Comunicar prontamente a Seguradora da ocorrência do sinistro tão logo dele tome conhecimento, por qualquer meio idôneo e seguir suas instruções para a contenção ou salvamento;
- b)** Tomar as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar os efeitos do sinistro;
- c)** Prestar todas as informações que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências sempre que questionado, constando minimamente as seguintes informações: data, hora, local, causas prováveis do sinistro;
- d)** Registrar a ocorrência do sinistro junto às autoridades competentes;
- e)** Poderá a seguradora exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o sinistro, sem prejuízo do pagamento da indenização no prazo devido. Alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.
- f)** Apresentar todas as provas da ocorrência do sinistro, como toda a documentação exigível e indispensável à sua comprovação.

26.2 O descumprimento doloso dos deveres previstos nas cláusulas acima, implica a perda do direito à indenização, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora;

26.3 Os deveres previstos na cláusula 26.1, também se aplicam ao beneficiário, quando aplicável, sujeitando-se às mesmas penalidades;

26.4 A comprovação do ato ilícito criminal praticado pelo Segurado durante a regulação do sinistro, acarretará na perda do direito ao pagamento da indenização sem prejuízo da dívida do prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora. Se aplicará a mesma consequência quando o Segurado ou beneficiário tiverem prévia ciência da prática delituosa e não tentar evitá-la.

26.5 A Seguradora somente será responsável pelos sinistros ocorridos durante a vigência da apólice, ainda que a comunicação ocorra após o término da vigência.

26.6 Em caso de sinistro de perda parcial, o pagamento da indenização não acarretará na redução do limite máximo de capital segurado.

26.7 A Seguradora poderá contestar o Segurado e o beneficiário todas as defesas embasadas no contrato de seguro que tiver contra estes, que forem anteriores ao sinistro e também que ocorrerem de forma posterior ao sinistro, exceto nos casos dos seguros em que o risco coberto seja a vida ou a integridade física.

26.8 Na hipótese do Segurado e o beneficiário apresentar elementos que indiquem a existência de lesão ao interesse garantido, cabe à seguradora provar que a lesão não existiu ou que não foi, no todo ou em parte, consequência dos riscos predeterminados no contrato.

26.9 A regulação e a liquidação do sinistro, deverão ser realizadas de forma simultânea, sempre que houver a possibilidade, cabendo exclusivamente à Seguradora a regulação e liquidação do sinistro. A Seguradora poderá contratar a prestação de serviço de um regulador de sinistro, ficando sob a responsabilidade da Seguradora a decisão sobre a cobertura do sinistro e o valor apurado a ser liquidado.

26.10 A Seguradora deverá se manifestar dentro do prazo de até 30 (trinta) dias contados da data da apresentação da reclamação ou do aviso do sinistro, acompanhado da entrega de toda a documentação e das informações necessárias, sobre a cobertura do sinistro, sob pena de decair do direito de recusá-la, podendo a Seguradora ou o regulador de sinistro, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos.

26.11 No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora se reserva o direito de solicitar documentação ou informação complementar dentro do prazo de 30 (trinta) dias, ocasião em que o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por no máximo 1 (uma) única vez, quando a importância segurada não exceder o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente ou por no máximo 2 (duas) vezes, quando a importância segurada for superior a 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente, reiniciando a contagem, pelo prazo restante, a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

26.12 Solicitados documentos complementares dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por no máximo 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação. Este prazo de 30 (trinta) dias somente poderá ser suspenso uma única vez nos sinistros em que a importância segurada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente.

26.13 Reconhecida a cobertura, a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para o pagamento da indenização, podendo o prazo ser suspenso 1 (uma) única vez quando a importância segurada não exceder o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente ou por no máximo 2 (duas) vezes, quando a importância segurada for superior a 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente reiniciando sua contagem, pelo prazo restante, a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

26.14 O valor apurado na regulação do sinistro e formalizado ao segurado ou ao beneficiário, não poderá ser modificado, salvo se a Seguradora tomar conhecimento de algum fato novo em relação ao sinistro ocorrido.

26.15 O relatório de regulação e liquidação de sinistro é um documento comum às partes, cabendo à Seguradora entregar aos interessados os documentos da regulação e liquidação do sinistro, em caso de negativa, total ou parcial, da cobertura do sinistro, exceto documentos e demais elementos probatórios que sejam considerados

confidenciais ou sigilosos por lei ou que possam causar danos a terceiros, salvo em razão de decisão judicial ou arbitral.

26.16 A execução dos procedimentos de regulação e liquidação de sinistro não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento da indenização pela Seguradora.

26.17 A recusa da cobertura do sinistro expressa e motivada ao segurado ou ao beneficiário, não poderá ser modificada, salvo se a Seguradora tiver conhecimento de algum fato novo depois da recusa em relação ao sinistro ocorrido.

26.18 Caso o processo de regulação fique parado por mais de 30 (trinta) dias sem que o segurado tenha realizado a entrega completa da documentação pendente, o processo será negado sem indenização e o prazo prescricional voltará a correr. O pedido de indenização poderá ser reaberto a qualquer momento, dentro do prazo prescricional, desde que seja realizada a entrega completa da documentação pendente.

26.19 O pagamento do Capital Segurado em razão de morte ou invalidez, são impenhoráveis e não implicam em sub-rogação pela seguradora.

26.20 EM FUNÇÃO DO EVENTO PODERÃO SER SOLICITADOS OS DOCUMENTOS DESCRITOS A SEGUIR.

26.20.1 Para a cobertura básica (morte):

- a)** Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário.
- b)** Cópia de comprovante de residência.
- c)** Cópia da certidão de óbito.
- d)** Cópia do CPF e do RG.
- e)** Cópias dos exames médicos realizados que determinaram a causa do falecimento (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.)
- f)** Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida.

Documentos dos Beneficiários:

Declaração de únicos herdeiros, assinado com firma reconhecida por todos os herdeiros.

Cônjuge: Cópia atualizada da certidão de casamento, CPF, RG, comprovante de residência e original da autorização para crédito em conta.

Filhos: Cópias do CPF, RG, comprovante de residência e original da autorização de crédito em conta.

Irmãos: Cópias do CPF, RG, comprovante de residência e original da autorização de crédito em conta.

Pais: Cópias do CPF, RG, comprovante de residência e original da autorização de crédito em conta.

Companheiro(a): Cópia da carta de concessão de pensão ou documentos de comprovação legal, CPF, RG, comprovante de residência e original da autorização para crédito em conta.

26.20.2 Em caso de morte decorrente de acidente pessoal, além dos documentos referidos no subitem 26.1, providenciar:

- a) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.
- b) Cópia do laudo de exame cadavérico.
- c) Cópias do boletim de ocorrência policial.
- d) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o segurado estivesse dirigindo o veículo.

26.20.3 Em caso de ocorrência de invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA):

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.
- d) Cópia do CPF e do RG.
- e) Cópias do boletim de ocorrência policial.
- f) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o segurado estivesse dirigindo o veículo.
- g) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a Invalidez (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.).
- h) Original da autorização para crédito em conta.
- i) Relatório do Médico Assistente devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, grau definitivo de invalidez e se encontra em tratamento.

26.20.4 Em caso de invalidez funcional permanente total por doença (IFPD):

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia do CPF e do RG.
- d) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a Invalidez por Doença (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.).
- e) Original da autorização para crédito em conta.
- f) Relatório do Médico Assistente devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, grau definitivo de invalidez e se encontra em tratamento.

26.20.5 Em caso de Diárias por incapacidade temporária por doença ou acidente (DIT):

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente, com firma reconhecida.
- c) Cópia do comprovante de residência.

Cópia do RG e CPF.

d) Exames complementares realizados a data do evento.

e) Em casos de intervenção cirúrgica, cópia do resumo de alta médica hospitalar.

f) Tratando-se de acidente de trabalho, cópia do Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho-CAT, para comprovação do acidente.

g) Tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro tipo de acidente com intervenção de autoridade policial, cópia do Boletim de Ocorrência.

h) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quanto se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo.

i) Cópia da ficha médica hospitalar de atendimento emergencial.

j) Autorização para crédito em conta corrente informando dados de própria titularidade, no caso de eventual pagamento.

k) Empregador com vínculo empregatício: cópia da carteira profissional com as páginas iniciais, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso.

l) Comprovante de rendimento do segurado, tais como: declaração do contador em formulário DECORE, declaração de Imposto de Renda, contracheque do mês do sinistro ou extrato bancário dos 3 últimos meses antes do evento.

m) Para proprietários de estabelecimento: contrato social atualizado.

26.20.5.1 Para efetivo de prova da Incapacidade Temporária, a Allianz Seguros poderá exigir a realização de auditoria médica e/ou perícia médica, a apresentação de atestado médico ou documentos emitidos pela Previdência Social.

26.20.5.2 Todas as despesas efetuadas para a comprovação da incapacidade, relativas aos documentos mencionados no subitem anterior, correrão por conta do Segurado ou seu Representante Legal, incluindo as consultas médicas para preenchimento de atestados de incapacidade.

26.20.6 Para a Cobertura Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMH-O):

a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.

b) Comprovante de residência.

c) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.

d) Cópia do CPF e do RG.

e) Cópias do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente do trabalho (CAT).

f) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o Segurado estivesse dirigindo o veículo.

- g)** Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a internação emergencial (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.).

Notas fiscais e recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas. No caso de retenção das Notas Fiscais originais pela Seguradora garantidora do seguro obrigatório SPVAT, em caso de acidente automobilístico, serão aceitas cópias autenticadas das Notas Fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida seguradora, indicando quais as notas originais retidas, e informando o valor que será reembolsado a título de primeiro risco através do SPVAT;

- h)** Original da autorização para crédito em conta.

- i)** Relatório do Médico Assistente devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão/patologia e tratamento.

26.20.7 Em caso de diagnóstico de câncer:

- a)** Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
b) Cópia de comprovante de residência.
c) Cópia do CPF e do RG.
d) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a doença (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.)
e) Original da autorização para crédito em conta.
f) Relatório do Médico Assistente devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida, detalhando o diagnóstico definitivo dos sintomas.

26.20.8 Para a Cobertura DG – Doenças Graves

- a)** Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
b) Cópia de comprovante de residência.
c) Cópia do CPF e do RG.
d) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a doença (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.)
e) Original da autorização para crédito em conta.
f) Documento original: Relatório do Médico Assistente devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida, detalhando o diagnóstico definitivo dos sintomas.

IMPORTANTE: (VÁLIDO PARA TODAS AS COBERTURAS)

26.20.9 A seguradora Allianz Seguros poderá solicitar, em caso de dúvida fundamentada e justificada, outros documentos não relacionados anteriormente. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.1 das condições gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela seguradora

Allianz Seguros destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

26.21 Perícia médica

26.21.1 Não obstante a entrega da documentação descrita nos itens acima, a seguradora Allianz Seguros reserva-se o direito de efetuar perícia, a ser realizada pelo seu departamento médico.

26.22 Junta médica:

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

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

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

27 RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIROS

27.1 A Seguradora, nos termos do artigo 800 do Código Civil Brasileiro, não poderá promover ação de ressarcimento contra terceiros responsáveis por danos sofridos pelo segurado e/ou beneficiários.

28 PRESCRIÇÃO

28.1 Os prazos prescricionais pertinentes a este Contrato de Seguro serão aqueles determinados pela legislação aplicável.

28.2 A prescrição pode ser suspensa uma única vez, quando a Seguradora receber um pedido de reconsideração da recusa de pagamento de indenização, cessando a suspensão quando o segurado for comunicado da decisão final pela Seguradora.

29 DISPOSIÇÕES FINAIS

29.1 Os prazos prescricionais pertinentes a este Contrato de Seguro serão aqueles determinados pela legislação aplicável.

29.2 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

29.3 O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep;

29.4 O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

30 LEGISLAÇÃO E FORO

30.1 Os contratos de seguro poderão ser pactuados, mediante instrumento assinado pelo segurado e seguradora, para a resolução de litígios por meios alternativos, que será feita exclusivamente no Brasil e submetida às regras do direito brasileiro, inclusive na modalidade de arbitragem.

30.2 Os termos e condições deste Contrato de Seguro são regidos pelas leis brasileiras, se aplicando as seguradoras, resseguradoras e retrocessionárias para ações e as arbitragens promovidas entre si, em que sejam discutidos conflitos que possam interferir diretamente na execução dos contratos de seguro, respondem no foro de seu domicílio no Brasil.

30.3 Fica estabelecido como competente para dirimir quaisquer disputas ou litígios entre o Segurado e a Seguradora, relativos a este Contrato de Seguro, o foro da cidade de domicílio do Segurado, ou do beneficiário, salvo se eles ajuizarem a ação optando por qualquer domicílio da seguradora ou do agente dela.

30.4 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes contratantes será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no subitem anterior.

31 CLÁUSULA DE EXCLUSÃO POR EMBARGOS E SANÇÕES

31.1 Não obstante as demais condições desta apólice, a seguradora e/ou a resseguradora não fornecerá cobertura, não fará quaisquer tipos de pagamentos e/ou reembolso e não prestará qualquer serviço ou benefício ao segurado ou a qualquer terceiro ou beneficiário que violar ou incorrer em qualquer lei, regulamento ou imposição aplicável de embargos e sanções comerciais ou econômicas e expor a seguradora e/ou resseguradora, seu grupo econômico e administradores à qualquer tipo de ação punitiva, embargo, sanção, proibição ou restrição, incluindo mas não se limitando, àquelas impostas por entidades multilaterais integradas pelo Brasil, pelas Nações Unidas, ou por algum governo/país/federação, tais como os Estados Unidos da América, o Reino Unido, a União Europeia e o Brasil ou ainda a qualquer outra lei, regulamento ou imposição referente a embargo e sanção econômica ou comercial aplicável à jurisdição que a seguradora e/ou resseguradora estejam sujeitas.