

Condições Gerais

Allianz

Vida Individual

Novembro/2024

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

Sumário

1. OBJETIVO DO SEGURO	5
2. DEFINIÇÕES.....	5
3. COBERTURAS.....	9
4. DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS	10
5. RISCOS EXCLUÍDOS	26
6. PRAZO DE CARÊNCIA.....	28
7. FRANQUIA	30
8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS	30
9. DATA DO EVENTO	31
10. BENEFICIÁRIOS.....	31
11. ACEITAÇÃO DO SEGURO	32
12. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	32
13. VIGÊNCIA DA APÓLICE	33
14. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	33
15. ALTERAÇÕES DO RISCO	34
16. CANCELAMENTO DO SEGURO	34
17. RENOVAÇÃO DE SEGURO	35
18. PRÊMIO	35
19. REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS	38
20. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO.....	38
21. ATUALIZAÇÃO DE VALORES	38
22. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO EM RAZÃO IDADE	39
23. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	42
24. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	43
25. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO.....	46
26. RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIROS	49
27. PRESCRIÇÃO	49
28. DISPOSIÇÕES FINAIS	49
29. FORO	50
30. CLÁUSULA DE EXCLUSÃO POR EMBARGOS E SANÇÕES	50

CONDIÇÕES GERAIS ALLIANZ VIDA INDIVIDUAL

1. OBJETIVO DO SEGURO

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 microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho- DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-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

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

ALLIANZ SEGUROS S.A. – Código 517-7 – CNPJ 61.573.796/0001-66
Processo SUSEP nº 15414.001289.2007-74

Pág. 7
Novembro/2024

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

ALLIANZ SEGUROS S.A. – Código 517-7 – CNPJ 61.573.796/0001-66
Processo SUSEP nº 15414.001289.2007-74

Pág. 8
Novembro/2024

É a importância paga pelo Segurado à Seguradora para que esta assuma 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. COBERTURAS

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

Cobertura básica:

- **MORTE**

Coberturas adicionais:

ALLIANZ SEGUROS S.A. – Código 517-7 – CNPJ 61.573.796/0001-66
Processo SUSEP nº 15414.001289.2007-74

Pág. 9
Novembro/2024

- INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (IEA)
- INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)
- INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)
- DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE (DIT)
- DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMH-O)
- DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (DC)
- DOENÇAS GRAVES (DG): I – Doenças Graves (5 tipos de doenças)
II – Doenças Graves (14 tipos de doenças)

3.2. 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.

3.3. As coberturas contratadas estarão expressas na Apólice.

4. DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS

4.1. 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.

4.1.1. 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.

4.1.2. Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente.

4.2. 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.**

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

4.2.2. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

4.3. 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

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES	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	
	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

4.3.1. 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).

4.3.2. 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.

4.3.3. 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.

4.3.4. 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.

4.3.5. 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.

4.3.6. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente.

4.3.7. 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.

4.3.7.1. 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.

4.3.8. 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.

4.3.9. 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.

4.3.10. As indenizações pela cobertura Básica Morte e coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA não se acumulam.

4.3.11. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

4.4. 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.

4.4.1. Para fins desta Cobertura, entende-se por invalidez funcional total permanente por doença aquela que cause a perda da existência independente do segurado.

4.4.1.1. 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.

4.4.1.2. 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.

4.4.1.3. 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.

4.4.2. 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.

4.4.2.1. 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.

4.4.3. 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.

4.4.3.1. 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.

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

4.4.4. 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.

4.4.5. A Seguradora não considera quadros clínicos certificados por documentos médicos que caracterizem incapacidade parcial e ou total apenas de natureza profissional

4.4.6. As indenizações pela cobertura Básica Morte e coberturas adicionais de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - não se acumulam.

4.4.7. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

4.5. DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE (DIT)

4.5.1. 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.

4.5.2. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

4.5.3. 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.

4.5.4. A reintegração do capital segurado somente se dará para incapacidades decorrentes de outros eventos não reclamados, isto é, de diferentes doenças e/ou acidentes.

4.5.5. 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 as atividades laborativas.

4.5.6. IMPORTANTE

4.5.6.1. Deverão ser respeitados os períodos de Carência, Franquia e limites de diárias, estabelecidos nesta Condição Geral.

4.5.6.2. Em decorrência do mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.

4.5.6.3. 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.

4.5.6.4. Esta Cobertura é assegurada durante o período de Vigência do Seguro, salvo condições que determinem sua suspensão ou Cancelamento, conforme definido nesta Condição Geral.

4.5.6.5. O valor da Diária por Incapacidade Temporária contratada deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação desta Cobertura. No eventual Sinistro, poderá 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 pelo valor da renda contratada, 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.

4.5.7. RISCOS EXCLUÍDOS:

4.5.7.1. Além dos Riscos Excluídos do item “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 nexos 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 4.5.8.1.1., 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.

4.5.8. 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.

4.5.9. FRANQUIA

4.5.9.1. A franquia é dedutível por evento.

4.5.9.2. Haverá Franquia de 10 (dez) dias, contados a partir da data do afastamento de forma contínua e temporária, das atividades profissionais do segurado, por determinação médica decorrentes de doença. Durante o período de franquia o segurado não terá direito ao recebimento das diárias.

4.5.9.3. Haverá Franquia de 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento de forma contínua e temporária, das atividades profissionais do segurado, por determinação médica decorrentes de acidente. Durante o período de franquia o segurado não terá direito ao recebimento das diárias.

4.5.10. LIMITE DE DIÁRIAS

4.5.10.1. LIMITE MÁXIMO DE DIÁRIAS

4.5.10.1.1. 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.

4.6. 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.**

4.6.1. 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.

4.6.2. O segurado tem direito a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

4.6.3. A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

4.6.4. 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.**

4.6.5. 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.

4.6.6. 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.

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

4.6.8. Esta Cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

4.7. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

4.7.1. 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.

4.7.1.1. O diagnóstico definitivo de câncer deverá ser comprovado através de exames médicos, e deverá ocorrer dentro do período de vigência individual do seguro.

4.7.2. 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.

4.7.3. 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 4.7.2.

4.7.4. 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.

4.7.5. 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 (4.7.4), qualquer manifestação das doenças neoplásicas cobertas, ainda que a mesma só venha a ser diagnosticada como câncer depois de ocorrido o prazo de carência.

4.7.6. 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.

4.7.7. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

4.8. DOENÇAS GRAVES

4.8.1. 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.**

4.8.2. Para as doenças descritas no item 4.8.6, 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.

4.8.3. 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.**

4.8.4. 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.

4.8.5. 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.

4.8.6. 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.

4.8.6.1. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

I – Doenças Graves (5 tipos de doenças)

4.8.7. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

4.8.7.1. 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).

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

4.8.7.3. 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).**

4.8.8. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

4.8.8.2. 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.

4.8.8.3. 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.

4.8.9. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

4.8.10. 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.

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

4.8.12. TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

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

4.8.12.2. 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.

4.8.12.3. Riscos excluídos: Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem 4.8.12.2.

4.8.13. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

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

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

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

II – Doenças Graves (14 tipos de doenças)

4.8.14. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

4.8.14.1. 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).

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

4.8.14.3. 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).

4.8.15. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

4.8.15.2. 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.

4.8.15.3. 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.

4.8.16. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

4.8.16.1. 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.

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

4.8.17. TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

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

4.8.17.2. 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.

4.8.17.3. Riscos Excluídos: Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem 4.8.17.2.

4.8.18. ALZHEIMER

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

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

4.8.19. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

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

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

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

4.8.20. DIAGNÓSTICO DE SURDEZ

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

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

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

4.8.21.1. 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).

4.8.21.2. Coberto exclusivamente: As cirurgias tratadas com toracotomia.

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

4.8.22. DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA

4.8.22.1. 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.

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

4.8.23. EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO (TEP)

ALLIANZ SEGUROS S.A. – Código 517-7 – CNPJ 61.573.796/0001-66
Processo SUSEP nº 15414.001289.2007-74

Pág. 24
Novembro/2024

4.8.23.1. 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.

4.8.23.2. Coberto exclusivamente: Embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.

4.8.23.3. 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.

4.8.24. ESCLEROSE MÚLTIPLA

4.8.24.1. 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.

4.8.24.2. Coberto exclusivamente: Esclerose múltipla devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

4.8.24.3. Riscos Excluídos: Doença na fase inicial ou que esteja em remissão (sem sintomas).

4.8.25. PARALISIA DE MEMBROS

4.8.25.1. 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.

4.8.25.2. Coberto exclusivamente: Paralisia de membros devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

4.8.25.3. Riscos Excluídos: Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

4.8.26. DOENÇA DE PARKINSON

4.8.26.1. 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).

4.8.26.2. 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.

4.8.26.3. Riscos Excluídos: Fase inicial da Doença de Parkinson.

4.8.27. PERDA TOTAL DA FALA

4.8.27.1. 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).

4.8.27.2. 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.

4.8.27.3. 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.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DO PRESENTE SEGURO, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes, armas atômicas, armas biológicas, armas químicas e substâncias e/ou agentes biológicos e químicos;
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, tumulto, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou de outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) De doenças ou lesões preexistentes à data do início de vigência individual, não declaradas na Proposta de Contratação e que sejam de conhecimento do Segurado Individual.
- d) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.
- e) De suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

- e.1 Este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando, tecnicamente, a devolução de prêmio ou reserva caso ocorra suicídio 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;**
- 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.**

5.1.1. Com exceção da cobertura Básica-Morte, 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 microtraumas 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.**

5.2. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1., 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.**

5.3. Além dos ricos mencionados no subitem 5.1., 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.**

5.4. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1., 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;**

5.5. 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 4.5 desta Condição Geral**
- b) Parto ou aborto e suas consequências;**
- c) choque anafilático e suas consequências.**

6. PRAZO DE CARÊNCIA

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

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

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

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

6.4. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD); não haverá carência.

6.5. 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, artopatias 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.

6.5.1. Não há Carência para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais.

6.5.2. 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 6.5.;

b) 60 (sessenta) dias para eventos decorrentes de doença, conforme previsto na alínea “b”, do item 6.5.;

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

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

6.8. 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.

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

6.10. 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. FRANQUIA

Consideram-se as franquias a serem aplicadas a cada cobertura:

- **Básica (Morte):** Não haverá franquia.
- **Indenização especial por acidente (IEA):** Não haverá franquia.
- **Invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA):** Não haverá franquia.
- **Invalidez funcional permanente total por doença (IFPD):** Não haverá franquia.
- **Diárias por incapacidade temporária por doença ou acidente (DIT):** a existência de franquia está estabelecida nas Condições Especiais da cobertura no subitem 4.5.7.
- **Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMH-O):** Não haverá franquia.
- **Diagnóstico de câncer (DC):** Não haverá franquia.
- **Doenças Graves:** 30 (trinta) dias, contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o segurado for submetido a cirurgia coberta e após cumprido o período de carência.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

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

8.2. 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.

9. DATA DO EVENTO

9.1. 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.

10. BENEFICIÁRIOS

10.1. 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.

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

10.1.2. 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.

10.2. Não havendo beneficiário indicado na ocasião do falecimento do segurado, o Capital segurado será pago na forma da Lei (artigo 792 do Código Civil).

a) metade ao cônjuge não separado judicialmente; metade aos herdeiros do segurado obedecida a ordem de vocação hereditária.

b) na falta das pessoas indicadas acima, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou de meios necessários à sua subsistência.

10.3. 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.

10.4. 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.

11. ACEITAÇÃO DO SEGURO

11.1. A proposta de contratação, assinada obrigatoriamente pelo segurado, deverá ser entregue à Allianz Seguros pessoalmente e ou eletronicamente.

11.2. As condições gerais completas deste seguro deverão estar à disposição do segurado, quando da apresentação da proposta de contratação.

12. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

12.1. 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.

12.2. O limite de idade será deste seguro será de no mínimo **14 (quatorze)** e no máximo **70 (setenta)** anos de idade para contratação.

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

12.3.1. Os proponentes com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos deverão ser representados pelos pais ou responsáveis legais, ou, assistidos por eles se contarem com mais de 16 (dezesesseis) anos e menos de 18 (dezoito) anos, exceto, nesta última hipótese, se o proponente com mais de 16 (dezesesseis) anos e menos de 18 (dezoito) anos tiver sido emancipado na forma da legislação vigente do Código Civil.

12.3.2. Para a aceitação dos proponentes no seguro, a seguradora poderá eventualmente exigir o fornecimento de declaração pessoal de saúde, relatório médico, exames específicos, resultados de exames complementares, declarações complementares e outras informações que julgar necessárias.

12.3.2.1. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco, poderá ser feita apenas uma única vez durante o prazo de avaliação do risco.

12.3.3. A aceitação desta proposta ficará condicionada à análise da seguradora, podendo ser recusada dentro do prazo de 15 dias a partir da data do protocolo do recebimento da mesma. Durante o prazo de 15 dias a seguradora poderá solicitar documentação complementar, para análise e aceitação do risco. Não havendo manifestação da seguradora dentro do prazo de 15 dias, o risco estará automaticamente aceito. A não aceitação da proposta de contratação, será comunicada, por escrito, ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, justificando a recusa. O início de vigência de cobertura da apólice respeitará a data de aceitação e/ou o critério informado na proposta. A data de emissão da apólice e/ou sua disponibilização será considerada como data de aceitação do risco.

12.3.4. No caso da não aceitação da Proposta de Contratação por parte da Seguradora neste prazo, o valor do prêmio eventualmente pago será integralmente devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias, atualizado pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas) ou na falta deste IPC/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto Brasileiro de geografia e Estatísticas) contados da formalização integralmente ou deduzidos da parcela pró-rata temporis, correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

12.3.5. A análise e a aceitação do risco individual baseiam-se em critérios técnicos adotados pela Allianz Seguros que reserva a si o direito de aceitar ou não a proposta apresentada.

12.3.6. O efetivo recebimento do valor do prêmio pela Allianz Seguros não implica na aceitação da proposta, devendo-se observar o disposto no subitem **12.3.3** destas condições gerais.

13. VIGÊNCIA DA APÓLICE

13.1. A Apólice permanecerá vigente enquanto o Segurado mantiver os pagamentos dos prêmios em dia, observado o disposto no prazo de tolerância, sendo a apólice prorrogada sem a necessidade de nova avaliação das condições de saúde e atividade para permanência no seguro, resguardando ao Segurado o direito de solicitação do cancelamento do seguro a qualquer tempo e sem qualquer ônus.

13.2. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24 (vinte quatro) horas das datas definidas no contrato.

13.2.1. As propostas de contratação recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas condições contratuais e da proposta de contratação.

13.2.2. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

13.3. O pagamento do prêmio deverá ser efetivado conforme estabelecido na proposta de contratação, podendo ter periodicidades mensais, bimestrais, trimestrais, quadrimestrais, semestrais ou anuais, garantindo ao segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas.

14. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

14.1. 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.

15. ALTERAÇÕES DO RISCO

15.1. O segurado está obrigado a comunicar à Allianz Seguros, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

15.1.1. Considera-se como Alteração de Risco:

- a) Mudança de profissão do Segurado;
- b) Mudança de residência do Segurado para outro país;
- c) Prática de esportes (profissional ou amador) tais como (mas não se limitando a estes): balonismo, asa-delta, voo-livre, paraquedismo, hipismo, mergulho com equipamentos de ar comprimido, esqui-aquático e na neve, motociclismo, automobilismo, boxe, lutas-livres, artes marciais e demais esportes considerados de alto Risco;
- c) O hábito de fumar

15.1.2. A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento de Risco implicará na perda ao direito do Capital Segurado contratado, conforme previsto no artigo 769 do Código Civil que dispõe sobre o dever do Segurado comunicar à Allianz Seguros todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o Risco.

15.1.3. Doenças desenvolvidas e/ou descobertas após início da vigência do seguro não será motivo de nova análise de risco e, portanto, não há necessidade de serem comunicadas à Allianz Seguros.

15.1.4. A Allianz Seguros, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

15.2. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1. Este seguro será cancelado, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade, no caso de:

- 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.

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

- a) por solicitação formal do segurado, mediante comunicação por escrito, **com antecedência mínima de 30 (trinta) dias**;
- b) quando o segurado deixar de pagar o prêmio mensal ou prêmio único, observado o disposto no subitem **18**, destas condições gerais;
- c) com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional referido no subitem **18.8**, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio;
- d) com a morte, invalidez permanente total por acidente e invalidez funcional permanente total por doença do segurado;
- e) automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do segurado, seus dependentes, beneficiários ou prepostos;

16.3. No caso de cancelamento total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições.

- a) a sociedade seguradora reter o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- b) Adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de cancelamento a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto.

16.4. O Seguro será cancelado e a Seguradora isenta-se de qualquer obrigação se for comprovada a ocorrência, durante a vigência do seguro, de envolvimento do segurado em infrações relacionadas à redução de pessoas, inclusive crianças ou adolescentes, por qualquer motivo, inclusive por preconceito de raça, cor, etnia, religião ou origem, a condição análoga à de escravo, quer submetendo-o a trabalhos forçados ou a jornada exaustiva, quer sujeitando-o a condições degradantes de trabalho, quer restringindo, por qualquer meio, sua locomoção, seja em razão de dívida contraída com o empregador ou preposto ou com o fim de retê-lo no local de trabalho ou, ainda, mantendo vigilância ostensiva no local de trabalho ou apoderando-se de documentos ou objetos pessoais do trabalhador, a fim de retê-lo no local de trabalho.

17. RENOVAÇÃO DE SEGURO

17.1. O seguro permanecerá vigente enquanto o Segurado mantiver os pagamentos dos prêmios em dia, observado o disposto no prazo de tolerância, sendo a apólice prorrogada sem a necessidade de nova avaliação das condições de saúde e atividade para permanência no seguro, resguardando ao Segurado o direito de solicitação do cancelamento do seguro a qualquer tempo e sem qualquer ônus.

18. PRÊMIO

18.1. O Pagamento do Prêmio é de responsabilidade do Segurado.

18.2. 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.

18.3. 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.

18.4. A seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado ou ao seu representante legal, ou, ainda, ao corretor de seguros. Caso o segurado não receba o documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá requerer o documento de cobrança para quitação do prêmio vencido à Allianz Seguros, sem qualquer ônus.

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

18.4.2. O pagamento do Prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de Cobertura a que o pagamento se refere.

18.5. Fica vedada a cobrança ao segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

18.6. Caso o plano preveja o fracionamento do prêmio, o critério adotado será o seguinte:

18.6.1. Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento;

18.7. Deverá ser garantida ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

18.8. 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

18.8.1. Em caso de falta de pagamento do prêmio, seja à vista ou da parcela até a data de vencimento prevista no boleto 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, 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 **18.8.** das Condições Gerais.

18.8.2. Em caso de falta de pagamento do prêmio, a Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado ou ao seu representante legal ou ao corretor de seguros, indicando na carta o prazo máximo para pagamento.

18.8.3. Para percentuais não previstos no **subitem 18.8**, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

18.8.4. A Seguradora deverá informar ao Segurado por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme **subitem 18.8** acima.

18.8.5. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescido de juros de mora de 0,5% ao mês 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.

18.8.6. 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.

18.8.7. 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.

18.8.8. O disposto no **subitem 18.8** e seus subitens não se aplicam aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

18.9. 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. REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS

19.1. 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.

19.2. 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).

19.3. 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, disposto no **item 11.** destas Condições Gerais, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento.

19.4. 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 (pagamento do prêmio), sob pena da aplicação do disposto no **subitem 19.3.** destas Condições Gerais.

20. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

20.1. 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.

21. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

21.1. O Capital Segurado e os Prêmios serão atualizados monetariamente anualmente na data do aniversário da apólice com base na variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo / Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatísticas) ou na falta deste IPC/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), com uma defasagem de até 60 (sessenta) dias.

21.2. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

22. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO EM RAZÃO IDADE

22.1. Este seguro está estruturado no critério tarifário por idade, independentemente da atualização monetária prevista no item **21. Atualização de Valores**.

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

22.3. 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:

22.3.1. Para a cobertura de MORTE e de INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – IFPD:

Variação de idade em anos	Ajuste %		Variação de idade em anos	Ajuste %		Variação de idade em anos	Ajuste %	
	morte	IFPD		morte	IFPD		morte	IFPD
14 - 15	2,35	2,48	46 - 47	13,08	13,14	78 - 79	9,45	9,45
15 - 16	2,53	2,61	47 - 48	13,08	12,65	79 - 80	9,46	9,46
16 - 17	2,69	2,90	48 - 49	13,08	12,09	80 - 81	9,46	9,46
17 - 18	3,06	3,00	49 - 50	13,08	11,51	81 - 82	9,46	9,46
18 - 19	3,39	3,25	50 - 51	13,08	10,98	82 - 83	9,44	9,44
19 - 20	3,48	3,48	51 - 52	13,08	10,46	83 - 84	9,42	9,42
20 - 21	3,96	3,85	52 - 53	13,08	9,98	84 - 85	9,38	9,38
21 - 22	4,00	4,01	53 - 54	13,08	9,52	85 - 86	9,34	9,34
22 - 23	4,40	4,15	54 - 55	13,08	9,12	86 - 87	9,29	9,29
23 - 24	4,56	4,42	55 - 56	13,08	8,76	87 - 88	9,23	9,23
24 - 25	4,36	4,77	56 - 57	13,08	8,43	88 - 89	9,15	9,15
25 - 26	4,50	4,95	57 - 58	13,08	8,15	89 - 90	9,07	9,07
26 - 27	4,15	5,33	58 - 59	13,08	7,91	90 - 91	8,97	8,97
27 - 28	3,99	5,54	59 - 60	13,08	7,70	91 - 92	8,86	8,86
28 - 29	3,84	5,69	60 - 61	7,71	7,71	92 - 93	8,74	8,74
29 - 30	3,83	6,02	61 - 62	7,88	7,88	93 - 94	8,61	8,61
30 - 31	3,56	6,27	62 - 63	8,06	8,06	94 - 95	8,46	8,46
31 - 32	3,56	6,47	63 - 64	8,22	8,22	95 - 96	8,30	8,30
32 - 33	3,56	6,78	64 - 65	8,38	8,38	96 - 97	8,12	8,12
33 - 34	3,91	6,92	65 - 66	8,51	8,51	97 - 98	7,92	7,92

34 - 35	4,68	7,25
35 - 36	5,56	7,40
36 - 37	6,61	7,56
37 - 38	7,95	7,84
38 - 39	9,16	8,02
39 - 40	10,28	8,17
40 - 41	13,08	9,63
41 - 42	13,08	11,76
42 - 43	13,08	13,02
43 - 44	13,08	13,66
44 - 45	13,08	13,74
45 - 46	13,08	13,54

66 - 67	8,64	8,64
67 - 68	8,77	8,77
68 - 69	8,88	8,88
69 - 70	8,97	8,97
70 - 71	9,06	9,06
71 - 72	9,14	9,14
72 - 73	9,21	9,21
73 - 74	9,28	9,28
74 - 75	9,33	9,33
75 - 76	9,37	9,37
76 - 77	9,41	9,41
77 - 78	9,43	9,43

98 - 99	7,70	7,70
99 - 100	7,47	7,47
100 - 101	7,22	7,22
101 - 102	6,95	6,95
102 - 103	6,66	6,66
103 - 104	6,34	6,34
104 - 105	6,01	6,01
105 - 106	5,66	5,66
106 - 107	5,30	5,30
107 - 108	4,91	4,91
108 - 109	34,08	34,08

22.3.2. Para a cobertura de DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – DC anualmente a cobertura sofrerá os seguintes ajustes:

Sexo Feminino: **7,70%**

Sexo Masculino: **8,63%**

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

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

22.3.3.2. 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

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

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

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

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

Idade	Ajuste %	
	Masculino	Feminino
14	8,14	8,36
15	8,14	8,36
16	8,14	8,36
17	8,14	8,36
18	8,14	8,36
19	8,14	8,36
20	8,14	8,36
21	8,14	8,36
22	8,14	8,36
23	8,14	8,36
24	8,14	8,36
25	8,14	8,36
26	8,14	8,36
27	8,14	8,36
28	8,14	8,36
29	8,14	8,36
30	8,14	8,36
31	8,14	8,36
32	8,14	8,36

Idade	Ajuste %	
	Masculino	Feminino
33	8,14	8,36
34	8,14	8,36
35	8,14	8,36
36	8,14	8,36
37	8,14	8,36
38	8,14	8,36
39	8,14	8,36
40	8,14	8,36
41	8,14	8,36
42	8,14	8,36
43	8,14	8,36
44	8,14	8,36
45	8,14	8,36
46	8,14	8,36
47	8,14	8,36
48	8,14	8,36
49	8,14	8,36
50	8,14	8,36
51	8,14	8,36

Idade	Ajuste %	
	Masculino	Feminino
52	8,14	8,36
53	8,14	8,36
54	8,14	8,36
55	8,14	8,36
56	8,14	8,36
57	8,14	8,36
58	8,14	8,36
59	8,14	8,36
60	8,14	8,36
61	8,14	8,36
62	8,14	8,36
63	8,14	8,36
64	8,14	8,36
65	8,14	8,36
66	8,14	8,36
67	8,14	8,36
68	8,14	8,36
69	8,14	8,36
70	8,14	8,36

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

Idade	Ajuste %	
	Masculino	Feminino
14	8,81	8,93
15	8,81	8,93
16	8,81	8,93
17	8,81	8,93
18	8,81	8,93
19	8,81	8,93
20	8,81	8,93
21	8,81	8,93
22	8,81	8,93
23	8,81	8,93
24	8,81	8,93
25	8,81	8,93
26	8,81	8,93
27	8,81	8,93
28	8,81	8,93
29	8,81	8,93
30	8,81	8,93
31	8,81	8,93
32	8,81	8,93

Idade	Ajuste %	
	Masculino	Feminino
33	8,81	8,93
34	8,81	8,93
35	8,81	8,93
36	8,81	8,93
37	8,81	8,93
38	8,81	8,93
39	8,81	8,93
40	8,81	8,93
41	8,81	8,93
42	8,81	8,93
43	8,81	8,93
44	8,81	8,93
45	8,81	8,93
46	8,81	8,93
47	8,81	8,93
48	8,81	8,93
49	8,81	8,93
50	8,81	8,93
51	8,81	8,93

Idade	Ajuste %	
	Masculino	Feminino
52	8,81	8,93
53	8,81	8,93
54	8,81	8,93
55	8,81	8,93
56	8,81	8,93
57	8,81	8,93
58	8,81	8,93
59	8,81	8,93
60	8,81	8,93
61	8,81	8,93
62	8,81	8,93
63	8,81	8,93
64	8,81	8,93
65	8,81	8,93
66	8,81	8,93
67	8,81	8,93
68	8,81	8,93
69	8,81	8,93
70	8,81	8,93

22.3.6. As coberturas de indenização especial por morte acidental – IEA, de invalidez permanente total ou parcial por acidente – IPA e de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas – DMH-O não sofrerão alteração devido a mudança de idade do segurado.

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

23. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

23.1. A Allianz Seguros não pagará qualquer indenização com base no presente seguro quando haja, por parte do segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito a indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido:

Se a inexatidão ou omissão da declaração não resultar de má fé do segurado, a Allianz Seguros poderá:

a) Na hipótese de não ocorrência do sinistro

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

- 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 pagamento parcial do capital segurado:
 - 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;
 - 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 o pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, deduzindo do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

23.1.1. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

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

24. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

24.1. Prazo de pagamento da indenização

Após a entrega de toda a documentação básica relacionada nos subitens **25.1. a 25.8.**, 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.

24.2. 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.

24.3. Atualização da indenização

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, *pró rata* dia, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item **24.1** – Prazo de pagamento da indenização, até a data do efetivo pagamento.

24.4. Forma de pagamento da indenização

24.4.1. A indenização será realizada em moeda corrente nacional.

24.4.2. É permitido ao Proponente contratar mais de um seguro, complementar ao primeiro, desde que a soma dos Capitais Segurados de todos os seguros contratados não exceda ao limite máximo determinado pela Allianz Seguros.

24.4.3. 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.

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

24.4.5. 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 **4.3** desta condição geral.

24.4.6. 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.

24.4.7. 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 7** 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.

24.5. Juros de Mora

24.5.1. 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 de mora no importe de 0,5% (meio por cento)** ao mês.

24.5.2. Os juros moratórios, de 6% (seis por cento) ao ano, 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.

24.5.3. 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.

24.5.4. 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. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

A ocorrência do evento deverá ser comunicada imediatamente à Allianz Seguros por fax, telegrama, carta, e-mail ou qualquer outro meio disponível no momento.

Em seguida, deverá ser entregue cópias autenticadas da documentação relacionada adiante, junto com o formulário Aviso de Sinistro totalmente preenchido e assinado pelo segurado, ou seu representante ou beneficiários e pelo médico assistente. Estes documentos são imprescindíveis à análise do sinistro.

25.1. 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.

Esposa: 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.

Companheira: 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.

25.2. Em caso de morte decorrente de acidente pessoal, além dos documentos referidos no subitem 25.1, 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.

25.3. 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.

25.4. 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.

25.5. 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 ou Contracheque do mês do sinistro.

m) Para proprietários de estabelecimento: contrato social atualizado.

25.5.1. 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.

25.5.2. 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.

25.6. 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.).
- h) 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;
- i) Original da autorização para crédito em conta.
- j) Relatório do Médico Assistente devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão/patologia e tratamento.

25.7. 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.

25.8. Para a Cobertura DG – Doenças Graves

ALLIANZ SEGUROS S.A. – Código 517-7 – CNPJ 61.573.796/0001-66
Processo SUSEP nº 15414.001289.2007-74

Pág. 48
Novembro/2024

- 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)

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 23.1** das condições gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela seguradora Allianz Seguros destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

25.9. Perícia médica

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.

25.10. Junta médica:

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.

25.10.1. 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.

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

26. RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIROS

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.

27. PRESCRIÇÃO

27.1. Qualquer direito do segurado, ou do(s) beneficiário(s), com fundamento no presente seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

28. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

29. FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente contrato de seguro será sempre o de domicílio do segurado, ou do beneficiário, conforme o caso, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que possa sê-lo.

30. CLÁUSULA DE EXCLUSÃO POR EMBARGOS E SANÇÕES

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.