



Condições Gerais

Allianz Vida em Grupo

Dezembro/2025

Apresentação

Apresentamos as Condições Gerais do Seguro Vida em Grupo, 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 falas)

Ouvidoria:
0800 771 3313

Se preferir, acesse www.allianz.com.br

SUMÁRIO

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	5
2. DEFINIÇÕES GERAIS.....	5
3. DOCUMENTOS DO SEGURO.....	15
4. PLANOS DE COBERTURAS.....	16
6. RISCOS EXCLUÍDOS.....	45
7. CARÊNCIA.....	48
8. CAPITAL SEGURADO.....	51
9. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	52
10. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	52
11. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	54
12. VIGÊNCIA DA APÓLICE.....	55
13. VIGÊNCIA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL.....	56
14. VIGÊNCIA INDIVIDUAL.....	56
15. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	56
16. AGRAVAMENTO DO RISCO.....	57
17. NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO.....	58
18. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS.....	59
19. CANCELAMENTO.....	60
20. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.....	61
21. CUSTEIO DO SEGURO.....	63
22. PRÊMIO.....	63
23. ATUALIZAÇÃO DOS CAPITALS SEGURADOS E PRÊMIOS.....	68
24. BENEFICIÁRIOS.....	69
25. DATA DO EVENTO.....	71
26. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	72
27. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	74
28. JUROS DE MORA.....	75
29. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO.....	76
30. PERÍCIA DA SEGURADORA.....	90
31. JUNTA MÉDICA.....	90
32. COMUNICAÇÕES.....	91
33. PRESCRIÇÃO.....	91
34. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	91
35. RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIROS.....	91
36. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	92
37. LEGISLAÇÃO E FORO.....	92
38. CLÁUSULA DE EXCLUSÃO POR EMBARGOS E SANÇÕES.....	92
39. CLÁUSULA ANTICORRUPÇÃO.....	92
40. CLÁUSULA DE EXCLUSÃO DE CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA.....	93
41. CLÁUSULA DE EXCLUSÃO DE POLUIÇÃO E CONTAMINAÇÃO.....	93
ANEXO 1 – CLÁUSULA DE EXCEDENTE TÉCNICO.....	93

CONDIÇÕES GERAIS – ALLIANZ VIDA EM GRUPO

1. OBJETIVO DO SEGURO

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

2. DEFINIÇÕES GERAIS

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 nesse conceito:

- a) o suicídio ou a sua tentativa, que serão equiparados, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas 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 Traumatismo Contínuo 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;
d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez definida acima, por acidente pessoal.

2.2. Acidente Vascular Cerebral

Isquemia cerebral (diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral) ou hemorragia intracraniana, resultante de problemas vasculares que produza destruição do tecido cerebral e seqüela neurológica definitiva.

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 neuromental 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 e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

2.5. Apólice de Seguro

É o instrumento do contrato de seguro celebrado entre a Allianz Seguros e o Estipulante ao qual poderão aderir os componentes do grupo segurável. A apólice será emitida pela Allianz Seguros devendo conter, obrigatoriamente, a íntegra destas Condições Gerais.

2.6. Atividade Laborativa

Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

2.7. Ato Médico

Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

2.8. Beneficiários

São as pessoas físicas ou jurídicas designadas pelo Segurado Principal, para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta. Nas

demais coberturas que não envolvam a morte do Segurado Principal, o beneficiário será o próprio Segurado Principal.

2.9. Capital Segurado

É a importância máxima estabelecida para a 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.

2.10. 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 parte delas.

2.11. Carregamento

É o percentual incidente sobre os prêmios pagos pelo Segurado destinados a atender às despesas administrativas e de comercialização do seguro.

2.12. Certificado Individual do Seguro

É o documento emitido pela Allianz Seguros e entregue ao Segurado para comprovar a sua inclusão no seguro. Contém, com base nas informações prestadas na Proposta de Adesão, os dados cadastrais do Segurado, as coberturas contratadas, os valores dos capitais segurados de cada cobertura, a data de início e término de vigência individual e o valor do prêmio total.

2.13. Coberturas de risco

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

2.14. Cognição

Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

2.15. Condições Contratuais

É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e respectivos Aditivos do Contrato.

2.16. Condições Gerais

Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem os direitos e obrigações da Allianz Seguros, do Estipulante, do Segurado e dos Beneficiários deste seguro, bem como as características gerais do seguro.

2.17. Conectividade com a Vida

Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

2.18. Consumpção

Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.19. Contrato

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Allianz Seguros, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos Beneficiários.

2.20. Corretor

É o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, nome completo, CNPJ ou CPF.

2.21. Crime

Violação culpável prevista na lei penal

2.22. Custeio do Seguro

O custeio do seguro pode ser:

- **Não-Contributário:** quando os Segurados não pagam o prêmio.
- **Contributário:** quando os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente.

2.23. Deambular

Ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

2.24. Declaração Médica

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

2.25. Deficiência Visual

Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.26. Dependentes

São o cônjuge ou companheiro (a), os filhos, os enteados, desde que sejam menores e dependentes do Segurado, de acordo com a legislação do Imposto de Renda e/ou

Previdência Social, quando incluídos no seguro e desde que não estejam relacionados como Segurados.

2.27. Disfunção Imunológica

Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

2.28. Doenças Cardiológicas

São as doenças do coração: infarto do miocárdio, doenças das artérias cardíacas e doenças das válvulas do coração.

2.29. Doença Crônica

Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

2.30. Doença Crônica em Atividade

Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.31. Doença Crônica de Caráter Progressivo

Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.32. 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).

2.33. 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.

2.34. Doença Neoplásica Maligna Ativa

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

2.35. Doença Profissional

Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

2.36. Doenças e Lesões Preexistentes

São sinais, sintomas, estados mórbidos, doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo Segurado, antes da contratação do seguro e que seja de seu conhecimento no momento de sua inclusão no seguro.

2.37. Dolo

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

2.38. Estados Conexos

Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com meio externo.

2.39. Estipulante ou Sub-Estipulante

É a pessoa que contrata o seguro em proveito dos Segurados e fica investida dos poderes de representação destes perante a Allianz Seguros nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas.

2.40. Evento Coberto

É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido com o Segurado durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Allianz Seguros em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

2.41. Fatores de Risco e Morbidade

Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ele interage.

2.42. Filho Póstumo

É aquele que nasce após a morte do pai ou da mãe biológico.

2.43. Franquia

É o valor do Capital Segurado, pelo qual o Segurado assume a responsabilidade como segurador de si mesmo.

2.44. Garantias

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

2.45. Grupo Segurável

É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em perfeitas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos **nestas Condições Gerais e no Contrato**.

2.46. Grupo Segurado

É aquele constituído pelos componentes do grupo segurável, regularmente aceitos e incluídos no seguro, nos termos destas Condições Gerais.

2.47. Indenização

É a porcentagem do **Capital Segurado** a ser pago pela Allianz Seguros caso ocorra o sinistro durante a vigência individual do seguro.

2.48. Insuficiência Renal Terminal

É a etapa final de diversas doenças renais. É caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

2.49. Leucemia

A leucemia é uma doença maligna dos glóbulos brancos (leucócitos), geralmente, de origem desconhecida. Tem como principal característica o acúmulo de células jovens anormais na medula óssea, que substituem as células sanguíneas normais.

2.50. 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.**

2.51. Migração de apólices

Substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

2.52. Nascituros

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

2.53. Natimorto

É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto

2.54. Nota técnica atuarial

Documento elaborado por atuário, que contem a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.

2.55. Período Gestacional

Período entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

2.56. Plano de Coberturas

É o conjunto de coberturas contratadas pelo Estipulante a favor dos Segurados, indicado na Proposta de Contratação e aceito pela ALLIANZ SEGUROS.

2.57. Prêmio

É o valor a ser pago a ALLIANZ SEGUROS em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

2.58. 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.

2.59. Prognóstico

Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e tempo de uma doença.

2.60. Proponente

É a pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que passará a condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Allianz Seguros

2.61. Proposta de Adesão

É o formulário pelo qual o proponente expressa seu interesse em aderir ao seguro. Na Proposta de Adesão deverão ser prestado todas as informações solicitadas que permitirão a Allianz Seguros avaliar os riscos e manifestar a aceitação ou recusa do proponente

2.62. Proposta de Contratação

É o formulário fornecido pela Allianz Seguros, por meio do qual a empresa proponente manifesta a sua vontade em contratar o seguro na qualidade de Estipulante, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais. Na Proposta de Contratação deverão ser prestadas todas as

informações solicitadas que permitirão a Allianz Seguros avaliar as condições de aceitação ou recusa do seguro.

2.63. Quadro Clínico

Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.64. Recidiva

Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acontecimento.

2.65. Regime Financeiro de Repartição Simples

É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

2.66. Refratariedade Terapêutica

Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.67. Seguradora

É a ALLIANZ SEGUROS S.A., que assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela apólice, mediante recebimento do respectivo prêmio.

2.68. Segurados Principais

São as pessoas físicas que tem vínculo com o Estipulante, regularmente incluídas e aceitas no seguro.

2.69. Segurados Dependentes

São o cônjuge ou a (o) companheira (o) e os filhos do Segurado Principal regularmente incluído no seguro.

2.69.1. São considerados e/ou equiparados a filhos do Segurado Principal, para fins deste seguro, os seguintes dependentes econômicos:

- I.** o filho (a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 18 (dezoito) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- II.** o menor pobre, de até 18 (dezoito) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
- III.** o irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 18 (dezoito), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e,
- IV.** o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

2.70. Sentido de Orientação

Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

2.71. Sequela

Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica.

2.72. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - SIDA (AIDS)

É um conjunto de sinais e sintomas de imunodeficiência secundária, resultante da infecção pelo vírus HIV, sendo caracterizada por infecções oportunistas, neoplasias malignas, disfunções neurológicas e várias outras síndromes.

2.73. Sinistro

É a ocorrência de um evento coberto pelas coberturas contratadas no seguro, ocorrido durante a vigência material do seguro e capaz de acarretar obrigações pecuniárias a Allianz Seguros

2.74. Transferência Corporal

Capacidade do Segurado se deslocar de um local para o outro, sem qualquer auxílio.

2.75. Transplantes de Órgãos Vitais

É a transferência de órgão vital de um indivíduo vivo ou morto ou uso de prótese artificial em decorrência da perda irreversível de sua função.

2.76. Vigência

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

3. DOCUMENTOS DO SEGURO

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

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

4. PLANOS DE COBERTURAS

4.1. As coberturas deste seguro dividem-se em Básica e Adicionais:

4.1.1. Cobertura Básica:

- **Morte**

4.1.2. Coberturas Adicionais:

- Indenização Especial por Morte Acidental (IEA);
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);
- Diagnóstico de Câncer (DC);
- Diagnóstico de Câncer Ampliado (DCA);
- Doenças Graves (DG);
- Doenças Terminais (DT);
- Morte Acidental por Crime (MACRIME);
- Morte Acidental em Transporte Público (MATP);
- Invalidez Permanente Total ou Parcial em Transporte Público (IPATP);
- Diárias por Incapacidade Temporária Causada por Acidente (DIT);
- Diárias por Internação Hospitalar (DIH);
- Rescisão Trabalhista (RT);
- Doenças Congênitas de Filhos (DCF);
- Indenização Complementar (IC);
- Despesas médicas, hospitalares e odontológica (DMH-O);
- Adaptação de Casa e/ou Veículo (ADPT);
- Filhos Póstumos (FP);
- Auxílio Funeral;
- Auxílio Cesta Básica.

4.1.3. Cláusula Suplementar

- **Inclusão de Cônjuge**
 - **Morte**
 - **Indenização Especial Por Morte Acidental**
 - **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**
- **Inclusão de Filhos**
 - **Morte**
 - **Indenização Especial Por Morte Acidental**
 - **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**

4.2. O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Orçamento de Seguro de Pessoas”, quais as coberturas que pretende contratar a favor dos Segurados, sendo a Básica obrigatória e as demais facultativas.

5. DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS

5.1. Cobertura Básica: Morte – (Natural ou Acidental)

Garante aos Beneficiários o pagamento do Capital Segurado contratado para a cobertura, em caso de falecimento do Segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta pelo seguro, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

5.1.1. A cobertura Básica dos segurados 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 Allianz Seguros, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

5.1.2. Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente.

5.2. IEA - Indenização Especial por Morte Acidental

Desde que contratada, garante aos Beneficiários o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura em caso de morte do Segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, sem prejuízo do pagamento do capital referente à cobertura Básica, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

5.2.1. A cobertura Básica (Morte) e cobertura adicional de Indenização Especial por Morte Acidental se acumulam, quando contratadas em conjunto.

5.2.2. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.3. IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Desde que contratada, garante ao 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 observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

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

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

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

5.3.1. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou do órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação do grau de redução funcional apresentado à porcentagem prevista na tabela para sua perda total. Na falta de indicação da porcentagem de redução funcional apresentada e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das porcentagens 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

5.3.2. Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

5.3.3. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não pode exceder 100% (cem por cento) do capital segurado nesta cobertura.

5.3.4. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para sua perda total.

5.3.5. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já comprometido antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

5.3.6. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

5.3.7. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Allianz Seguros reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não-pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.

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

5.3.8. As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam com a cobertura 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 já indenizada anteriormente.

5.3.9. A reintegração do capital segurado para a hipótese de Invalidez Permanente Parcial por Acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para Invalidez Permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

5.3.10. Esta tabela de cálculo de Indenização também será utilizada para cálculo de indenização de Invalidez Permanente Total ou Parcial em Transporte Público.

5.3.11. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.4. IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente

Desde que contratada garante **aos beneficiários**, o pagamento do capital contratado para a cobertura de invalidez permanente total por acidente, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

5.4.1. O capital segurado para esta cobertura não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do contratado para a cobertura básica (Morte).

5.4.2. Entende-se por Invalidez permanente total por acidente a invalidez insuscetível de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

5.4.2.1. Considera-se Invalidez permanente total por acidente:

- Perda total da visão de ambos os olhos
- Perda total do uso de ambos os membros superiores
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores
- Perda total do uso de ambas as mãos
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés
- Perda total do uso de ambos os pés
- Alienação mental total e incurável

5.4.2.2. Nos casos não especificados no subitem 4.4.2.1, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição total e permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

5.4.3. 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 contratado nesta cobertura.

5.4.4. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

5.4.5. A Invalidez permanente total por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação a ALLIANZ SEGUROS de declaração médica idônea a essa finalidade. A ALLIANZ SEGUROS reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação de invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de perda do direito à indenização caso o Segurado se recuse.

5.4.6. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.5. IFPD - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

Desde que contratada garante ao 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 observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

5.5.1. Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença aquela que cause a perda da existência independente do Segurado.

5.5.1.1. 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, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais do seguro. Considera-se também a perda, redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal. Como complemento, a doença cuja evolução natural, tenha sido agravada por traumatismos.

5.5.1.2. 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:

- levantar-se, deitar-se, deambular, higienizar-se e ser capaz de se alimentar sem ajuda de terceiros ou dispositivos/aparelhos/máquinas;
- 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 peritoneal mantida indefinidamente, hemodiálise, colostomia definitiva);
- ter capacidade mental para gerir seus próprios negócios e bens, sem ajuda de terceiros.

5.5.1.3. 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.

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 o Segurado se recuse.

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

5.5.2. Ocorrendo a Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença, poderá o Segurado requerer o pagamento do Capital Contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura Básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença devidamente coberta, imediata e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o seguro Individual. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir

da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do Capital Segurado.

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

5.5.2.2. Inexistindo o requerimento, o Capital Contratado, quando da morte do Segurado devidamente coberto, será regularmente pago ao (s) Beneficiário (s) indicados.

5.5.2.3. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Abaixo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

5.5.2.4. O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

5.5.2.5. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto.

5.5.2.6. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados

5.5.2.7. A Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) não se acumula com as demais coberturas.

5.5.3. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

**ANEXOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL
POR DOENÇA ANTECIPAÇÃO (IFPTD-A)
TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E
ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS**

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

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

O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

MORBIDADE

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

5.5.3.1. Ocorrendo a invalidez total e permanente por doença funcional, poderá o segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez total e permanente por doença funcional 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 pagamento da indenização da invalidez serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente.

5.5.3.2 Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais, sem qualquer devolução de prêmios. Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).

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

5.6. DC - Diagnóstico de Câncer

Desde que contratada, garante ao Segurado, o pagamento correspondente ao Capital Contratado para esta cobertura, estabelecido na Proposta de Adesão, limitado ao valor constante no Contrato, caso o Segurado venha a apresentar, **após vencida a carência obrigatória**, diagnóstico definitivo de qualquer das doenças neoplásicas cobertas, **demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato**.

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

5.6.2. Para efeito deste seguro, é a designação genérica do tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células ditas malignas, no corpo humano. Exclui-se, no entanto, desta designação para efeitos do presente, qualquer câncer de pele, exceto o melanoma maligno. Para os efeitos desta garantia, o tumor deverá ter seu primeiro diagnóstico comprovado, em data posterior ao início de vigência da apólice e findo o prazo de carência. Esta cobertura cessará quando o Segurado completar 70 anos.

5.6.3. Desde que contratada a cobertura para doença neoplásica maligna, estão cobertos os portadores de neoplasia maligna constatada por exame microscópico de tecido fixo afetado pela moléstia, sendo o de maior importância o anatomo-patológico, e exames complementares realizados por um patologista. O diagnóstico dado pelo patologista será considerado válido, para fins de pagamento de indenização, desde

que precedido de um exame histológico minucioso do tumor maligno, ou do tecido coletado, em que esteja evidenciada a existência de Câncer.

5.6.4. O pagamento de qualquer Indenização decorrente do Diagnóstico de Câncer significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

5.6.5. Para fins desta Cobertura, estão cobertas, **exclusivamente**, as seguintes doenças neoplásicas:

Segurados do sexo feminino:

- Câncer do Útero;
- Câncer do Ovário;
- Câncer de Mama.

Segurados do sexo masculino:

- Câncer de Próstata.

5.6.6. Estão excluídos desta cobertura:

- carcinoma “in situ” de colo de útero.

5.6.7. Carência: Nesta cobertura há uma carência por um período de 4 (quatro) meses, contados a partir do início da vigência individual do seguro, ou da sua recondução caso tenha sido suspensa a Cobertura, período no qual o Segurado não terá direito a qualquer indenização caso venha a apresentar diagnóstico definitivo de qualquer das doenças neoplásicas cobertas, embora obrigado ao pagamento dos prêmios respectivos.

5.6.8. 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 **(5.6.7.)**, qualquer manifestação das doenças neoplásicas cobertas, ainda que a mesma só venha a ser diagnosticada como câncer após decorrido o prazo de carência.

5.6.9. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.7. DCA - Diagnóstico de Câncer Ampliado

Desde que contratada, garante ao Segurado, o pagamento correspondente ao Capital Contratado para esta cobertura, estabelecido na Proposta de Adesão, limitado ao valor constante no Contrato, caso o Segurado venha a apresentar, **após vencida a carência obrigatória**, diagnóstico definitivo de qualquer das doenças neoplásicas cobertas, **demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

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

5.7.2. Para fins desta Cobertura, estão cobertas as seguintes doenças neoplásicas:

- Câncer do Útero;
- Câncer do Ovário;
- Câncer de Mama;
- Câncer de Próstata;
- Tumores malignos cerebrais e de fígado,
- Leucemias agudas (mieloide e linfoide) e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos como pulmão, fígado e medula óssea.

5.7.3. Estão excluídos desta cobertura:

- carcinoma “in situ” de colo de útero.

5.7.4. Carência: Nesta cobertura há uma carência por um período de 4 (quatro) meses, contados a partir do início da vigência individual do seguro, ou da sua recondução caso tenha sido suspensa a Cobertura, período no qual o Segurado não terá direito a qualquer indenização caso venha a apresentar diagnóstico definitivo de qualquer das doenças neoplásicas cobertas, embora obrigado ao pagamento dos prêmios respectivos.

5.7.5. Também não terá direito a qualquer indenização referente a esta cobertura caso o Segurado apresente, durante o período de carência a que se refere o subitem anterior (**5.7.4.**), qualquer manifestação das doenças neoplásicas cobertas, ainda que a mesma só venha a ser diagnosticada como câncer após decorrido o prazo de carência.

5.7.6. Para efeito deste seguro, é a designação genérica do tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células ditas malignas, no corpo humano. Exclui-se, no entanto, desta designação para efeitos do presente, qualquer câncer de pele, exceto o melanoma maligno. Para os efeitos desta garantia, o tumor deverá ter seu primeiro diagnóstico comprovado, em data posterior ao início de vigência da apólice e findo o prazo de carência. Esta cobertura cessará quando o Segurado completar 70 anos.

5.7.7. Desde que contratada a cobertura para doença neoplásica maligna, estão cobertos os portadores de neoplasia maligna constatada por exame microscópico de tecido fixo afetado pela moléstia, sendo o de maior importância o anatomo-patológico, e exames complementares realizados por um patologista. O diagnóstico dado pelo patologista será considerado válido, para fins de pagamento de indenização, desde

que precedido de um exame histológico minucioso do tumor maligno, ou do tecido coletado, em que esteja evidenciada a existência de Câncer.

5.7.8. O pagamento de qualquer indenização decorrente da cobertura de Diagnóstico de Câncer Ampliado significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

5.7.9. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.8. DG - Doenças Graves

Desde que contratada, garante ao Segurado, o **pagamento correspondente ao Capital Segurado** contratado, estabelecido na proposta de adesão, limitados ao valor constante no Contrato, caso o Segurado venha a apresentar, **depois de vencida a carência obrigatória de 4 (quatro) meses**, diagnóstico definitivo por Médicos Especializados e Habilitados e exames complementares, de qualquer das doenças cobertas neste seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

5.8.1. Para fins desta cobertura, poderão caracterizar **Doenças Graves**, exclusivamente, as patologias mencionadas nas condições abaixo especificadas, sendo necessário que o seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

- **Doenças Cardiológicas:** Estarão cobertos os Segurados que apresentem os seguintes riscos:
 - a) Infarto do miocárdio devidamente comprovado através de exames específicos: cateterismo e enzimas cardíacas;
 - b) Doenças das artérias cardíacas tratadas com angioplastia ou cirurgia de revascularização do miocárdio;
 - c) Doenças das válvulas cardíacas tratadas cirurgicamente.
- **Acidente Vascular Cerebral:** Estarão cobertos os portadores de sequelas de AVC (Acidente Vascular Cerebral) avaliados após 6 meses do evento, quando houver a persistência de paralisia total de pelo menos 2 membros ou distúrbios cognitivos graves, que necessitem de Curatela.

- **Transplantes de Órgãos Vitais:** Estarão cobertos os Segurados que necessitarem do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos:
 - Coração
 - Fígado
 - Medula óssea
 - Pâncreas
 - Pulmão
 - Rim
- **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA (AIDS):** Estarão cobertos os portadores do vírus HIV em estágio avançado (estado grave) acometidos de afecções oportunistas recorrentes (Infecções frequentes, diarreias crônicas, complicações neurológicas ou neoplasias malignas) e com comprometimento do estado geral e resistente a tratamentos convencionais e que tenham os exames laboratoriais recentes com o seguinte perfil:
 - Linfócitos CD4 - abaixo de 200 células por mm³
 - Linfócitos CD8 - abaixo de 600 células por mm³
 - Relação CD4/CD8 - abaixo de 0,8
 - Carga Viral- acima de 50.000
- **Insuficiência Renal Terminal:** estão cobertas todas as doenças renais com evolução para insuficiência renal terminal, conforme definição para fins desta cobertura.

5.8.2. Para as doenças descritas no **item 5.8.1**, só terão direito ao Capital Segurado os Segurados que se encontrarem em vida após 60 (sessenta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.

5.8.3. Quando contratada cobertura de **Doenças Graves**, para todas as doenças previstas, somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

5.8.4. O pagamento de qualquer indenização decorrente da cobertura de **Doenças Graves** significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação.

5.8.5. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.9. DT - Doenças Terminais

5.9.1. Desde que contratada, garante ao Segurado, **depois de vencida a carência obrigatória de 6 (seis) meses, o pagamento antecipado** do Capital Segurado contratado para cobertura Básica - morte, caso o Segurado seja portador de doença grave em estágio avançado, sem qualquer possibilidade de tratamento para restabelecer sua condição de saúde **exceto se decorrentes de riscos excluídos, e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

5.9.2. O diagnóstico da doença grave em estágio avançado, sem qualquer possibilidade de tratamento para restabelecer sua condição de saúde, deverá ser efetuado por profissional médico habilitado, e deverá estar acompanhado dos exames médicos realizados, devendo ocorrer, necessariamente, dentro do período de vigência individual do seguro.

5.9.3. Ocorrendo o diagnóstico de Doenças Terminais, 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 Doença Terminal devidamente coberta, imediata e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o seguro Individual. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do Capital Segurado.

5.9.4. A Cobertura Básica (morte) e a Cobertura de Doenças Terminais (DT) não se acumulam.

5.9.5. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.10. MACRIME - Morte Acidental por Crime

Desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para a cobertura em caso de falecimento do Segurado **vítima de crime, exceto se decorrentes de riscos excluídos, e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

5.10.1. A cobertura adicional de Morte Acidental por Crime dos segurados 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 Allianz Seguros, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

5.10.2. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.11. MATP - Morte Acidental em Transporte Público

Desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para a cobertura em caso de falecimento do Segurado **exclusivamente** em decorrência de causas acidentais e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado for passageiro, em algum tipo de transporte coletivo, fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas por terra, água ou ar, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

5.11.1. É considerado transporte coletivo qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público mediante pagamento de passagens, sendo este transporte fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

5.11.2. A cobertura adicional de Morte Acidental em Transporte Público dos segurados 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 Allianz Seguros, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

5.11.3. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.12. IPATP - Invalidez Permanente Total ou Parcial em Transporte Público

Desde que contratada, garante ao Segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização 5.3**, proporcional ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física **por acidente devidamente coberto e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado for passageiro**, em algum tipo de transporte coletivo, fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas por terra, água ou ar, 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 observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

5.12.1. É considerado transporte coletivo qualquer aeronave, ônibus, trem, navio, metrô ou qualquer outro tipo de transporte público mediante pagamento de passagens, sendo este transporte fornecido e operado por uma empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

Tabela para Cálculo de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente (IPATP)

	Discriminação	% do Capital Segurado
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
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - DIVERSOS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20

	Imobilidade do segmento toraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar, indenização equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	• de 5 centímetros ou mais	15
	• de 4 centímetros	10
	• de 3 centímetros	6
	• menos de 3 centímetros	0

5.12.2. 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 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

5.12.3. Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

5.12.4. 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 100% (cem por cento) do capital segurado nesta cobertura.

5.12.5. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para sua perda total.

5.12.6. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

5.12.7. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Público.

5.12.8. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em transporte público 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 o Segurado se recuse.

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

5.12.9. As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Público não se acumulam com as coberturas de Morte Acidental e Morte Acidental em Transporte Público. 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 já indenizada anteriormente.

5.12.10. A reintegração do capital segurado para a hipótese de Invalidez Permanente Parcial por Acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para Invalidez Permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

5.12.11. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.13. DIT - Diárias por incapacidade temporária causada por acidente

Desde que contratada, garante ao segurado o pagamento de Diárias por incapacidade temporária causada por acidente, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico por determinação médica, sendo o limite contratual máximo de 360 (trezentos e sessenta) diárias, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

5.13.1. As Diárias por incapacidade temporária causada por acidente são devidas a partir do 16º (décimo sexto) dia de caracterização da incapacidade. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.

5.13.2. O capital segurado de cada Diária por Incapacidade Temporária causada por Acidente não poderá ser superior a 1/360 (um trezentos e sessenta avos) do maior capital estabelecido para a Cobertura de Morte.

5.13.3. Caso o segurado venha a falecer, seja por morte acidental, seja por morte natural, extingue-se, imediatamente, a presente cobertura, não sendo devido qualquer pagamento referente a diárias por incapacidade temporária a partir da data do óbito.

5.13.4. O limite máximo de diárias, o valor e a forma de pagamento serão definidos no Contrato, sempre por ano de vigência para um ou mais sinistros ocorridos no mesmo período contratua.

5.13.5. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado se negue.

5.13.6. Caso o segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, ficará automaticamente extinta a presente cobertura.

5.13.7. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.14. DIH - Diárias por Internação Hospitalar

5.14.1. O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, esta limitado à quantidade de diárias fixadas no contrato, consecutivas ou não, decorrente(s) de um mesmo evento coberto, considerando o período de 12 (doze) meses de vigência do seguro individual. Os pagamentos de diárias por Internação Hospitalar, ficam limitados ao máximo de até 90 (noventa) diárias.

5.14.2. O pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso da sua internação hospitalar coberto em caráter estritamente emergencial, desde que as internações não sejam eletivas, independente das despesas efetuadas pelo segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.

5.14.3. Carência: nesta cobertura há uma carência por um período de até 3 (três) meses contados da data de início de vigência individual ou da alteração de capital segurado, para os eventos decorrentes de doença. Para os eventos decorrentes de acidente não há carência.

5.14.4. Franquia: nesta cobertura há uma franquia de 2 (dois) dias ininterruptos, contados a partir da data da internação do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento.

Se houver período de franquia para outras coberturas contratadas, estas serão definidas na Proposta e Apólice do Seguro.

5.14.5. A contratação desta cobertura não implica em garantia de internação hospitalar. A responsabilidade pela obtenção de vaga para internação em hospital é do próprio segurado, de seus familiares ou de seu acompanhante.

5.14.6. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.15. RT - Rescisão Trabalhista

Desde que contratada, garante ao Estipulante, o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura a título de verbas rescisórias, em caso de morte do empregado segurado, devidamente registrado na empresa, seja natural ou acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

5.15.1. Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do Falecimento do Segurado no caso de Morte Natural.

5.15.2. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Rescisão Trabalhista as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante e que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

5.15.3. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.16. DCF - Doenças Congênitas de Filhos

Desde que contratada garante ao beneficiário o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura, em razão do nascimento de filho com vida, portador de doença congênita prevista nestas condições gerais, que tenha sido diagnosticada até o 6º (sexto) mês de vida, contado a partir da data do nascimento, exceto se decorrentes de riscos excluídos, e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.

5.16.1. Considera-se como doença congênita, para fins desta cobertura, defeitos anatômicos e funcionais diagnosticados quando do nascimento com vida.

Estão cobertas as seguintes doenças congênitas:

- **Malformação do Sistema Nervoso: Central e Periférico;**
- **Malformação do Coração (exceto comunicação intra atrial isolada) e de grandes vasos;**
- **Malformação da traquéia e dos pulmões;**
- **Malformação dos rins;**
- **Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;**
- **Malformação dos Membros Superiores e Inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;**
- **Malformação dos órgãos sensoriais, exclusivamente visão e audição; e,**
- **Anomalias cromossômicas (Síndrome de Down e Síndrome de Tumer).**

5.16.2. O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta garantia, só será efetuado desde que a data de nascimento do filho ocorra no período de vigência desta cobertura.

5.16.3. O pagamento do capital segurado desta Cobertura será devido apenas se a data de nascimento do filho ocorrer no período em que esta cobertura esteja em vigor.

5.16.4. A doença deve ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade.

5.16.5. A Seguradora poderá solicitar exames laboratoriais e especializados, além de laudos periciais que comprovem a doença.

5.16.6. Não sendo caracterizada a doença pelos documentos médicos apresentados, a Seguradora poderá sugerir a realização de perícia médica.

5.16.7. As despesas efetuadas com a comprovação da doença congênita de filho correrão por conta do Segurado, exceto as realizadas pela Seguradora, a quem serão facultadas as medidas necessárias à elucidação do ocorrido e enquadramento da cobertura.

5.16.8. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatado a doença para ambos os filhos, o capital segurado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

5.16.9. Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data de constatação do comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor do filho, devendo ser caracterizada durante a vigência da apólice/certificado individual e comprovada por documentação médica pertinente e reconhecida pela Seguradora.

5.16.10. Não estão amparados nesta cobertura, os natimortos (fetos que morreram durante a gestação ou durante o parto).

5.16.11. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.17. IC - Indenização Complementar

Desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado individual, em caso de morte do segurado, seja natural ou acidental, devidamente coberta durante a vigência do Seguro, **exceto se decorrentes dos riscos excluídos, e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

O valor do Capital Segurado, estará limitado no Contrato do Seguro e indicado na apólice/certificado individual.

5.17.1. A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cobertura de Morte.

5.17.2. Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do Falecimento do Segurado.

5.17.3. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Indenização Complementar as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante e que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

5.17.4. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.18. DMHO - Despesas médicas, hospitalares e odontológicas

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 e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

5.18.1. O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

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

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

5.18.4. A Allianz Seguros reserva-se o direito de submeter o segurado a exames para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, **sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado se recuse.**

5.18.5. As despesas efetuadas no exterior serão reembolsadas em **Reais** com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, limitado ao valor do capital segurado.

5.18.6. Possuindo o segurado mais de uma apólice de seguro, na Allianz Seguros ou em outra seguradora, garantindo a Cobertura de Despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade da Allianz Seguros será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados em todas as apólices em vigor na data do evento.

5.18.7. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas quando o Acidente Pessoal ocorrer dentro do período de vigência do seguro contratado.

5.18.8. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data da ocorrência do acidente não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5.18.9. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5.18.10. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante e que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

5.18.11. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.19. Adaptação de Casa e/ou Veículo (ADPT)

Esta Cobertura, desde que contratada, garante indenização para a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular, até o valor do capital segurado contratado para esta garantia, em que haja indicação médica de casa e/ou veículo adaptado, caso o segurado titular tenha uma invalidez permanente parcial ou total por acidente, ocorrida dentro do período de vigência da apólice, em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

5.19.1. A Indenização será paga aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau de invalidez previstas para referido órgão/membro na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente parcial ou total por Acidente e ainda aplicados sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente.

5.19.2. Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado.

5.19.3. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização, será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cláusula. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de Indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.

5.19.4. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

5.19.5. O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observado o capital máximo contratado.

5.19.6. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.20. Filhos Póstumos (FP)

5.20.1. Quando o titular for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do titular.

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

5.20.3. DEFINIÇÃO

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

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

Responsáveis Legais: Mãe/Pai ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.

Período Gestacional: Período entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

Filho póstumo: É aquele que nasce após a morte do pai ou da mãe biológicos.

5.20.4. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.21. Auxílio Funeral

Garante aos familiares do Segurado o reembolso das despesas efetuadas para o funeral do **Segurado**, desde que respeitados o limite máximo de indenização, os

valores efetivamente despendidos e satisfatoriamente comprovados e as hipóteses de exclusão de cobertura.

5.21.1. As despesas devem ser comprovadas mediante a apresentação de notas fiscais originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da **Seguradora**, por outros comprovantes satisfatórios.

5.21.2. As despesas efetuadas no exterior serão reembolsadas em Reais, com base no câmbio oficial de venda divulgado pelo Banco Central do Brasil para a moeda em que foi feito o pagamento. A cotação será a da data do pagamento feito no exterior. O valor obtido será atualizado monetariamente conforme o subitem **22.1** destas Condições Gerais.

5.21.3. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.22. Auxílio Cesta Básica

Garante aos Familiares do Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de falecimento do Segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta pelo seguro, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

5.22.1. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.23. Inclusão automática ou facultativa de Cônjuge

A inclusão de cônjuge do Segurado Principal neste seguro, na qualidade de Segurado Dependente, e desde que esteja em perfeitas condições de saúde, poderá ser feita de forma automática ou facultativa, sendo:

- **automática:** quando garante o cônjuge de todos os Segurados Principais;
- **facultativa:** quando garante o cônjuge do Segurado Principal, quando este solicitar a inclusão por escrito, e desde que aceito pela Allianz Seguros, mediante o pagamento do prêmio adicional.

A contratação da cobertura de Inclusão Automática de Cônjuge, se aplica as seguintes coberturas:

- Morte;
- Indenização Especial por Morte Acidental;
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

5.23.1. Incluído o cônjuge neste seguro, a morte deste, desde que coberta, garante ao Segurado Principal o pagamento do Capital Segurado contratado para cláusula de inclusão de cônjuge, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

5.23.2. Equipara-se ao cônjuge a (o) companheira (o) do Segurado Principal, desde que comprovada documentalmente no momento do sinistro, a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

5.23.3. Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge.

5.23.4. Desfeita a sociedade conjugal ou a união estável, canceladas estarão, automaticamente, as Coberturas contratadas para o Segurado Dependente incluído na condição de cônjuge, independente desse fato ter sido, ou não, comunicado pelo Segurado Principal à Allianz Seguros e ter havido pagamento de prêmio.

5.23.5. Não poderá ser incluído no seguro o cônjuge que já ostente a qualidade de Segurado Principal na mesma apólice.

5.23.6. Não são extensivas ao cônjuge as Coberturas de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Invalidez Permanente Total por Acidente, Diagnóstico de Câncer, Diagnóstico de Câncer Ampliado, Doenças Graves, Doenças Terminais, Morte Acidental por Crime, Morte Acidental em Transporte Público, Invalidez Permanente Total ou Parcial em Transporte Público, Diárias por Incapacidade Temporária Causada por Acidente, Diárias por Internação Hospitalar, Rescisão Trabalhista, Doenças Congênitas de Filhos, Indenização Complementar, Despesas médicas, hospitalares e odontológicas, Adaptação de Casa e/ou Veículo, Filhos Póstumos, Auxílio Funeral e Cesta Básica.

5.23.7. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.24. Inclusão Automática de Filhos – IAF

5.24.1. A inclusão dos filhos do Segurado Principal, considerados dependentes econômicos deste, neste seguro é automática, somente para a cobertura Básica, na qualidade de Segurado Dependente, desde que estejam em perfeitas condições de saúde, e desde que já não façam parte do seguro na condição de Segurado Principal, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

5.24.2. São considerados e/ou equiparados a filhos do Segurado Principal, para fins deste seguro, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:

- I.** o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- II.** filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24 anos.
- III.** o menor pobre, de até 21 (vinte e um) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;

ALLIANZ SEGUROS S.A. – Código 517-7 – CNPJ 61.573.796/0001-66
Processo SUSEP nº 15414.006099/2002-39

Pág. 43
Versão 09_dez./2025

- IV. o irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um) anos, desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e,
- V. o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

A contratação da cobertura de Inclusão Automática de Filhos, se aplica as seguintes coberturas:

- Morte;
- Indenização Especial por Morte Acidental;
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

5.24.3. Incluído o dependente referido no subitem anterior, neste seguro, a morte deste, desde que coberta, garante ao Segurado Principal o pagamento do Capital Segurado contratado para a cláusula de inclusão de filhos, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

5.24.4. Na hipótese de falecimento do Segurado menor de 14 (quatorze) anos a indenização destina-se exclusivamente ao reembolso de despesas com funeral, limitada ao Capital Segurado contratado, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da Allianz Seguros por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

5.24.5. Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como Dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta Cobertura.

5.24.6. Não são extensivas a Inclusão Automática de Filhos as Coberturas de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Invalidez Permanente Total por Acidente, Diagnóstico de Câncer, Diagnóstico de Câncer Ampliado, Doenças Graves, Doenças Terminais, Morte Acidental por Crime, Morte Acidental em Transporte Público, Invalidez Permanente Total ou Parcial em Transporte Público, Diárias por Incapacidade Temporária Causada por Acidente, Diárias por Internação Hospitalar, Rescisão Trabalhista, Doenças Congênitas de Filhos, Indenização Complementar, Despesas médicas, hospitalares e odontológicas, Adaptação de Casa e/ou Veículo, Filhos Póstumos, Auxílio Funeral e Cesta Básica.

5.24.7. O capital segurado dos filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado principal

5.24.8. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

5.25. Condições para aceitação das garantias

- a) A cobertura Básica (morte) é de contratação obrigatória;
- b) As coberturas adicionais são livremente escolhidas pelo Estipulante, observados os limites estabelecidos para a contratação e, em nenhuma hipótese, poderão ser contratadas isoladas da garantia Básica;
- c) As coberturas, quaisquer que sejam, serão concedidas para todo o grupo segurado.
- d) Os capitais segurados das coberturas de cônjuge e filhos, quando contratadas, em quaisquer garantias, não podem ser superiores ao do segurado principal.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Além dos riscos/eventos excluídos e especificamente descritos em cada condição especial de cobertura, este seguro não cobre os eventos ocorridos em consequência:

- a) Perdas, danos, prejuízos ou despesas sejam físicos, materiais, de responsabilidades legais ou financeiras, emergentes ou consequentes, direta ou indiretamente resultantes de, para os quais tenham contribuído fissão nuclear, radiações ionizantes, contaminação por qualquer tipo de radioatividade, combustível nuclear, material nuclear, energia nuclear, resíduos nucleares, ou arma nuclear;
- b) Todo e qualquer ato direta ou indiretamente causada por, resultante de, ou em conexão com atos de hostilidade, guerra (declarada ou não), subversão, guerrilha, rebelião, insurreição, revolução, motim, guerra química ou bacteriológica, revolta, operações bélicas, e/ou outras perturbações da ordem pública decorrentes de qualquer ato praticado por qualquer organização cujas atividades visem a derrubar o governo pela força, ou instigar a sua queda, pela perturbação de ordem política e social do país, independentemente de seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- c) De doenças, lesões preexistentes à data do início de vigência individual, não declaradas na Proposta de Adesão, e que sejam de conhecimento do Segurado, cuja a informação tenha sido omitida voluntariamente quando questionado pela seguradora no momento da contratação e, desde que, não tenha sido convencionado prazo de carência.
- d) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas.
- e) De suicídio voluntário e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso e ainda, nos casos em que o Segurado aumentar o capital segurado, o beneficiário não terá direito ao acréscimo do capital.

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

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

g) Da prática, por parte do 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) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

i) 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;

j) A perda, o dano, o custo ou a despesa de qualquer natureza direta ou indiretamente causada por, resultante de ou em conexão com qualquer ato de terrorismo, independentemente de qualquer outra causa ou evento contribuindo simultaneamente ou em qualquer outra sequência para a perda. Para efeito deste contrato, terrorismo significa um ato, incluindo, mas não limitado ao uso de força ou violência e/ou ameaça, de qualquer pessoa ou grupo(s) de pessoas, agindo sozinho ou em nome de ou em conexão com qualquer organização(ões) ou governo(s), cometido para fins políticos, religiosos, ideológicos ou similares, incluindo a intenção de influenciar qualquer governo e/ou colocar o público, ou qualquer parte do público, em terror.

6.2. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1, estão expressamente excluídos das coberturas de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA); Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA); Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA); Morte Acidental por Crime (MACRIME); Morte Acidental em Transporte Público (MATP); Invalidez Permanente Total ou Parcial em Transporte Público (IPATP); Adaptação de Casa e/ou Veículo (ADPT); Filhos Póstumos (FP):

a) Acidente vascular cerebral;

- b) Doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- c) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente;
- d) Competições ilegais em veículos automotores;
- e) Lesão intencionalmente auto-infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero, suicídio voluntário e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso e ainda, nos casos em que o Segurado aumentar o capital segurado, o beneficiário não terá direito ao acréscimo do capital.

6.3. Além dos riscos mencionados no 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, a redução ou a 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) A invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;
- c) Os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);
- d) As doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indiretamente, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo pregresso;
- e) As doenças agravadas por traumatismos;
- f) As doenças nas quais se documente alguma interação e ou intercorrências relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e ou posturas viciosas;
- g) Os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;
- h) Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no item que descreve os eventos cobertos.

6.4. 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.
- b) parto ou aborto e suas consequências.
- c) choque anafilático e suas consequências

6.5. Também estão excluídas da cobertura de DMHO – Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes.
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

6.6. Também estão excluídas da cobertura de ADPT – Adaptação de Casa e/ou Veículo:

- a) Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- b) Perda de dentes e danos estéticos;
- c) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- d) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- e) Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.

6.7. Também estão excluídas da cobertura de FP - Filhos Póstumos:

- a) Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do titular, exceto quando o titular for do sexo masculino e o nascimento do nascituro ocorrer em até 300 dias corridos após o óbito do titular do sexo masculino;
- b) Nascimentos ocorridos em virtude de eventos que não sejam provocados por morte natural ou acidental;
- c) Natimorto;
- d) Adoção.

7. CARÊNCIA

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

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

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

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

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

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

7.6. Diagnóstico de Câncer: para os eventos decorrentes desta cobertura haverá uma carência, de 4 (quatro) meses, contados da data de adesão individual ao seguro.

7.7. Diagnóstico de Câncer Ampliado: para os eventos decorrentes desta cobertura haverá uma carência, de 4 (quatro) meses, contados da data de adesão individual ao seguro.

7.8. Doenças Terminais; Para os eventos decorrentes desta cobertura haverá uma carência, de 6 (seis) meses, contados da data de adesão individual ao seguro.

7.9. Morte Acidental por Crime: não haverá carência.

7.10. Morte Acidental em Transporte Público: não haverá carência.

7.11. Invalidez Permanente Total ou Parcial em Transporte Público: não haverá carência.

7.12. Diária por Incapacidade Temporária por Acidente: não haverá carência.

7.13. Diárias por Internação Hospitalar: haverá carência

7.14. Doenças Graves: haverá carência.

7.15. Rescisão Trabalhista: não haverá carência

7.16. Doenças Congênitas de Filhos: não haverá carência

7.17. Indenização Complementar: não haverá carência

7.18. Diárias médicas, hospitalares e odontológicas: para eventos decorrentes de suicídio voluntário ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão individual ao seguro.

7.19. Adaptação de Casa e/ou Veículo: não haverá carência

7.20. Filhos Póstumos: não haverá carência

7.21. Auxílio Funeral: não há carência.

7.22. Auxílio Cesta Básica: não há carência

7.23. Inclusão de Cônjuge:

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

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

7.23.3. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: não há carência.

7.24. Inclusão Automática de Filho (IAF)

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

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

7.24.3. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: não há carência.

7.25. No caso de transferência do grupo segurado de outra Seguradora à Allianz Seguros, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

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

7.27. 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.

7.28. O prazo de carência quando determinado nas Condições Gerais não excederá metade do prazo de vigência do seguro.

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

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

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

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

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

8. CAPITAL SEGURADO

8.1. O Capital Segurado é o valor máximo para a cobertura contratada a ser paga ou reembolsada pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

8.2. O tipo de Capital escolhido pelo Estipulante estará especificado nas condições contratuais e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice / Certificado Individual de Seguro.

8.3. Cabe exclusivamente ao Estipulante/Segurado a escolha do Capital Segurado em cada cobertura, respeitadas as limitações de valores e coberturas disponíveis no plano;

8.4. O Estipulante/Segurado poderá solicitar aumento do Capital Segurado, mediante solicitação por escrito à Seguradora, que analisará a aceitação ou não e responderá formalmente, as novas condições e alterações de prêmio, se aplicável.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

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

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

10. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

10.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e no Contrato, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- Fornecer a ALLIANZ SEGUROS todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela ALLIANZ SEGUROS, incluindo dados cadastrais;
- Manter a ALLIANZ SEGUROS informada a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- Repassar os prêmios a ALLIANZ SEGUROS, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da ALLIANZ SEGUROS responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;
- Comunicar de imediato a ALLIANZ SEGUROS, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- Informar o nome da sociedade Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de

promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

10.2. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios a ALLIANZ SEGUROS nos prazos contratualmente estabelecidos não acarreta a suspensão da cobertura ou qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos e sujeita o Estipulante ou Sub-Estipulante às cominações legais.

10.3. É expressamente vedado ao Estipulante e ao Sub-Estipulante, nos seguros contributários:

- **Cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela ALLIANZ SEGUROS e a ele devido. Caso o estipulante receba juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada segurado;**
- **Alterar as Condições Gerais ou quaisquer outros documentos relativos ao Contrato de Seguro, sem anuência prévia e expressa do Segurado, nos casos em que a alteração implique ônus ou restrição a direito do Segurado;**
- **Substituir a ALLIANZ SEGUROS, fora do aniversário da apólice, sem a prévia anuência dos Segurados e com prazo mínimo de 60 dias;**
- **Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;**
- **Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.**

10.4. Não é considerada estipulante a pessoa jurídica que, sem ter subscrito proposta de contratação, tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento do respectivo segurado e o conseqüente repasse em favor da sociedade seguradora.

10.5. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

- **informar aos segurados a situação de adimplência do estipulante ou sub-estipulante, sempre que lhe for solicitado;**
- **comunicar aos segurados os casos de não repasse à sociedade seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse;**
- **prestar ao estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.**

11. ACEITAÇÃO DO SEGURO

11.1. A proposta de seguro poderá ser feita pelo proponente, estipulante, Seguradora, ou por intermédio de seus representantes. O corretor de seguro poderá representar o proponente na formação do contrato de seguro.

As condições gerais completas deste seguro deverão estar à disposição do estipulante e dos segurados, quando da apresentação da proposta de contratação.

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

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

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

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

11.6. Cobertura Provisória

A partir da data do recebimento da proposta de contratação do seguro, corretamente preenchida e assinada, com o comprovante do primeiro pagamento pela manutenção do seguro, terá início a vigência da cobertura provisória. Ela será válida até a comunicação da aceitação definitiva da proposta, a ser feita pela seguradora.

11.7. Caso a proposta de contratação de seguro de vida tenha sido recebida pela seguradora sem a comprovação do pagamento da antecipação da primeira parcela, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta.

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

11.9. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Allianz Seguros, implicará na devolução integral dos valores de prêmio eventualmente pagos, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPCA-IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas).

11.10. A contratação e alteração do seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete.

12. VIGÊNCIA DA APÓLICE

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

12.2. O início e o término da vigência serão dados às 24h (vinte e quatro horas) dos dias descritos na apólice/proposta de seguro, conforme o caso. Para apólices coletivas, o início e o término da cobertura ocorrerão dentro do prazo de vigência da respectiva apólice. A renovação do seguro poderá ser automática, de acordo com o contrato estabelecido.

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

12.4. Em caso de renovação não automática, a renovação deverá ser feita de forma expressa. A solicitação da renovação do contrato de seguro ou a sua renovação automática, não isenta o segurado quanto a uma nova análise do risco para aceitação do contrato pela Seguradora, podendo a Seguradora solicitar vistoria prévia no veículo.

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

12.6. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

12.7. No caso de não renovação da apólice, na hipótese de, eventualmente, existirem certificados individuais cujo fim de vigência ultrapasse o fim de vigência da apólice não renovada, a apólice e o respectivo contrato coletivo terão suas vigências estendidas, até o final de vigência especificado nos certificados individuais já emitidos, sendo expressamente proibido a emissão de novos certificados individuais durante o período de vigência estendida.

13. VIGÊNCIA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

13.1. As propostas 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 no Contrato.

14. VIGÊNCIA INDIVIDUAL

14.1. Os seguros individuais vigorarão enquanto vigorar a Apólice, desde que respeitados os demais termos destas Condições Gerais, especialmente as hipóteses de cancelamento do contrato ou do seguro individual.

14.2. O início de vigência das coberturas individuais do Seguro será estabelecido de acordo com o disposto no Contrato, observando-se que:

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

15. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

15.1. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os Segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

15.2. A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante, ratificada pelo correspondente endosso.

15.3. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

15.4. Qualquer alteração de taxas de seguro, ainda que o plano preveja cláusula de reavaliação de taxas de seguro, por implicar em ônus ou dever para os segurados ou

a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

16. AGRAVAMENTO DO RISCO

16.1. 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 agravou intencionalmente o risco e silenciou de má-fé.

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

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

16.1.2. A Seguradora, desde que 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.

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

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

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

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

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

- a)** A Seguradora disporá de 20 (vinte) dias para cobrança das alterações informadas, contados a partir da data em que recebeu a comunicação do agravamento do risco;
- b)** Em caso de não aceitação, a Seguradora poderá cancelar o contrato a partir da data subsequente ao prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do recebimento pelo Segurado ou seu representante da notificação da recusa do risco alterado. Nesse caso, a Seguradora deverá restituir ao Segurado o prêmio pago proporcionalmente ao período a decorrer de vigência da apólice;
- c)** Em caso de aceitação, a Seguradora fará a modificação correspondente no Contrato de Seguro e poderá cobrar ou não a diferença do prêmio cabível, dentro do prazo de 20 (vinte) dias mencionado no item “a” desta cláusula. Nesta hipótese, o Segurado não perderá direito ao pagamento na indenização;
- d)** Em caso de não aceitação em razão do risco não ser tecnicamente possível, a seguradora poderá cancelar o contrato de seguro, hipótese em que o contrato perderá efeito em 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação de cancelamento;
- e)** O cancelamento poderá ser realizado por qualquer meio que comprove o recebimento da notificação pelo Segurado e a seguradora efetuará a restituição de eventual diferença do prêmio, sem prejuízo da seguradora ao direito do ressarcimento das despesas incorridas com a contratação do seguro;
- f)** O Segurado que agravar dolosamente o risco coberto, perderá o direito ao pagamento da indenização da cobertura, sem prejuízo do pagamento do prêmio do seguro e da obrigação do ressarcimento das despesas incorridas com a contratação do seguro à seguradora;
- g)** O Segurado que agravar culposamente o risco coberto, ficará obrigado a pagar a diferença do prêmio apurado pela seguradora;
- h)** Se agravado o risco de forma culposa e a cobertura for tecnicamente impossível ou o risco não for aceito pela seguradora, o Segurado não terá direito ao pagamento da indenização;
- i)** Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o Segurado poderá recusar a modificação do contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado;
- j)** Nos seguros sobre a vida e a integridade física, mesmo em caso de relevante agravamento do risco, a seguradora somente poderá cobrar a diferença de prêmio, se comprovar o nexo de causalidade entre a causa do agravamento e o sinistro.
- k)** Se houver relevante redução do risco coberto, o valor do prêmio será proporcionalmente reduzido e restituído ao Segurado, caso houver, sem prejuízo da seguradora ao ressarcimento das despesas realizadas com a contratação.

17. NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

17.1. É a quantidade mínima de 03 Segurados necessária para a aceitação e manutenção do contrato de seguro.

17.1.1. O número mínimo de Segurados para a implantação e manutenção do seguro será fixado, em cada caso, na Proposta de Contratação e no Contrato.

17.1.2. Caso, após a celebração do contrato entre Estipulante e a Allianz Seguros, não seja atingido, num prazo de 90 (noventa) dias, o número mínimo de Segurados a que se refere o subitem **16.1.1** acima, o seguro não será renovado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias.

18. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

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

18.2. A inclusão dos proponentes é feita mediante entrega à Allianz Seguros de Proposta de Adesão.

18.3. A DPS – Declaração Pessoal de Saúde, é obrigatória para aceitação e para fixação do valor do prêmio de seguro, devendo ser obrigatoriamente assinada pelo proponente/segurado, com todas as informações relevantes que o proponente/segurado venha ter conhecimento. Todos os dados declarados na declaração pessoal de saúde poderão ser auditados a qualquer momento pela Seguradora.

18.4. O limite de idade para ingresso será definido no Contrato deste seguro.

18.5. Afastados

18.5.1. Na hipótese de transferência do grupo Segurado de uma apólice para outra, os Segurados Principais afastados do serviço ativo por doença ou acidente poderão ser mantidos no seguro, desde que o Estipulante forneça à Allianz Seguros para avaliação, antes da contratação do seguro, relação nominal contendo: data de nascimento, Capital Segurado, data de afastamento e diagnóstico da doença que provocou o afastamento.

18.6. Aposentados por Invalidez

18.6.1. Na hipótese de transferência do grupo Segurado de uma apólice para outra, os Segurados Principais aposentados por invalidez do serviço ativo por doença ou acidente, poderão ser mantidos no seguro, desde que o Estipulante forneça à Allianz Seguros para avaliação, antes da contratação do seguro, relação nominal contendo: Data de Nascimento, Capital Segurado, Data de Afastamento e Diagnóstico da Doença que provocou o afastamento.

19. CANCELAMENTO

19.1. 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.**

19.2. Este seguro também poderá ser cancelado, a qualquer tempo, mediante acordo formal entre as Partes contratantes, nas seguintes hipóteses:

19.2.1. Pelo atraso dos pagamentos dos prêmios, nos termos do item 21 destas Condições Gerais e após notificação prévia pela Seguradora;

19.2.2. Grupo segurado inferior a 3 vidas;

19.2.3. Pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais;

19.2.4. Quando o Segurado e/ou Beneficiários praticarem atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora.

19.2.5. Com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional referido no subitem 21.8.6, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio;

19.2.6. Com o cancelamento da apólice ou final de sua vigência, sem renovação.

19.3. A extinção dos seguros individuais, além do disposto no item 18.1 e 18.2, se dará:

- a) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;**
- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão do seguro ou deixar de contribuir com a sua parte do prêmio;**
- c) com a ocorrência da morte ou o requerimento e conseqüente pagamento da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado e Indenização por Doenças Terminais;**
- d) automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do Segurado, seus Dependentes, Beneficiários ou Prepostos;**
- e) por solicitação formal do Segurado, mediante comunicação por escrito;**
- f) quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio mensal, observado o disposto no subitem 21.9.1.1 – Cancelamento das**

Coberturas por Atraso nos Pagamentos do Prêmio Mensal, destas Condições Gerais;

- g) com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional referido no subitem 21.8, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio;**
- h) com o cancelamento da apólice ou final de sua vigência, sem renovação.**

19.4. A inclusão do Segurado Dependente será cancelada automaticamente:

- a) se for cancelada a respectiva cláusula de Inclusão de Cônjuge ou de Inclusão Automática de Filhos;**
- b) com a cessação da condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicada à Allianz Seguros;**
- c) a pedido do Segurado Principal, quando a inclusão for facultativa;**
- d) com o cancelamento do seguro do Segurado Principal, qualquer que seja a causa;**
- e) com o com o cancelamento do seguro contratado pelo Estipulante;**
- f) com a inclusão do Dependente no seguro na condição de Segurado Principal.**

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

19.6. Em caso de resilição 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:

- I. a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- II. quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto conforme item 21.8 destas Condições Gerais;
- III. caso o pagamento do prêmio seja contributário ou parcialmente contributário, o cancelamento somente poderá ser realizado com a concordância expressa e escrita dos segurados que representem 3/4 do grupo segurado e do Estipulante com antecedência mínima de 30 dias.

20. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

20.1. Para cada Segurado Principal será enviado, no início do seguro, um Certificado Individual, contendo os seguintes elementos mínimos:

- nome completo da sociedade seguradora, seu CNPJ e código de registro junto à Susep;
- nome completo da sociedade cosseguradora, seu CNPJ e código de registro junto à Susep;

- nome e CNPJ ou CPF do estipulante e, quando for o caso, do subestipulante;
- indicação do número da proposta e da apólice às quais o certificado individual está vinculado;
- número de controle do certificado individual;
- número do(s) processo(s) administrativo(s) de registro junto à Susep do(s) produto(s) de seguro vinculado(s) ao certificado individual;
- nome ou razão social do segurado, seu endereço completo e respectivo CPF, se pessoa física, ou CNPJ, se pessoa jurídica;
- identificação do(s) beneficiário(s), no caso de seguro de pessoas;
- identificação do bem segurado, no caso de seguro de danos, se aplicável;
- cobertura(s) contratada(s);
- valor monetário do limite máximo de garantia ou do capital segurado de cada cobertura contratada;
- franquia(s) e/ou carência(s) aplicável(is) a cada cobertura, se prevista(s);
- o período de vigência, incluindo as datas de início e término da(s) cobertura(s) contratada(s);
- valor total do prêmio de seguro, discriminando:
 - valor do prêmio de seguro por cobertura contratada;
 - adicional de fracionamento, quando for o caso;
 - valor do IOF, quando for o caso; e
 - remuneração do estipulante e do subestipulante, quando for o caso.
- prazo e forma de pagamento do prêmio e, se for o caso, sua periodicidade;
- data da emissão do certificado individual;
- chancela ou assinatura do representante da sociedade seguradora;
- nome e número do registro Susep do corretor de seguros, se houver;
- Número de telefone da central de atendimento ao segurado/beneficiário disponibilizado pela sociedade seguradora responsável pela emissão do certificado individual;
- número do telefone da ouvidoria da seguradora
- o endereço e o número de telefone de contato do estipulante ou, quando for o caso, do subestipulante, para atendimento ao segurado;
- número de telefone gratuito de atendimento ao público da Susep;
- informação do “link” no portal da Susep onde podem ser conferidas todas as informações sobre o(s) produto(s) de seguro vinculado(s) ao certificado, e
- texto informativo, com a seguinte redação: “SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.”.

20.2. A cada período de vigência da apólice será emitido um novo certificado individual de seguro.

21. CUSTEIO DO SEGURO

21.1. O custeio do seguro pode ser:

- Não contributivo: quando os Segurados não pagam o prêmio.
- Contributivo: quando os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente.

22. PRÊMIO

22.1. 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.

22.2. 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.

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

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

22.5. A seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Estipulante ou ao seu representante legal, ou, ainda, ao corretor de seguros mediante expressa solicitação do Estipulante. Caso o Estipulante não receba o documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá efetuar o pagamento do prêmio por meio de depósito na conta da Allianz Seguros ou mediante ordem de pagamento bancário com indicação do número da apólice de seguro, enviando o comprovante à Allianz Seguros. Deverá ser aplicado sobre o último prêmio pago a atualização do período, considerando as movimentações de inclusões, alterações ou exclusões de Segurados.

22.6. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela Allianz Seguros e a ele devido. Caso o Estipulante receba juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

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

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

22.9. 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.

22.10. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, para os seguros com prêmio parcelado, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, tomando-se por base, no mínimo, a tabela de prazo curto, abaixo demonstrada. Para os percentuais não previstos nesta tabela, serão considerados os períodos de cobertura relativos aos percentuais imediatamente superiores:

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

22.10.1. 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 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 **21.10** das Condições Gerais.

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

22.10.3. Para percentuais não previstos no **subitem 21.10**, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

22.10.4. A Seguradora deverá informar ao Segurado por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme **subitem 21.10** acima.

22.10.5. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescido de juros de mora 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.

22.10.6. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no **subitem 21.10** sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, a Seguradora, operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

22.10.7. 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.

22.10.8. O disposto no **subitem 21.10** e seus sub-itens não se aplicam aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

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

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

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

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

22.10.13. O cancelamento somente ocorrerá 90 (noventa) dias após a última notificação feita ao estipulante.

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

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

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

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

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

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

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

22.10.21. Nos casos de indenização integral, qualquer pagamento por força do presente contrato somente será efetuado caso o prêmio esteja sendo pago em seus respectivos vencimentos. As eventuais parcelas vincendas, a qualquer título, serão

exigidas integralmente por ocasião do pagamento da indenização e, nesse caso, os juros advindos do fracionamento serão excluídos de forma proporcional.

22.10.22. 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 cair em um dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente. A seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao segurado ou seu representante, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

22.10.23. Em caso de falta de pagamento do prêmio, seja à vista ou da parcela até a data de vencimento prevista no instrumento de cobrança, fica facultado à seguradora conceder ou não uma nova data limite para regularização do pagamento do prêmio. Neste caso, o segurado deverá respeitar o novo prazo limite para pagamento de no mínimo 15 dias corridos, mesmo que a data seja em dia não útil, pois, em caso de não pagamento ocorrerá o cancelamento da apólice com a aplicação da tabela de prazo curto, conforme subitem 15.14 das condições gerais.

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

22.10.25. Fica vedado o cancelamento do contrato de seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido em instituições financeiras, quando o segurado deixar de pagar o financiamento.

22.11. Suspensão e Reabilitação das Coberturas

21.11.1. Quando o pagamento do prêmio se der sob a forma mensal, na falta de pagamento de prêmios não haverá suspensão das coberturas do seguro, antes que se opere o cancelamento da cobertura individual, observado o disposto no **subitem 21.9.1.1.** dessa forma, estarão cobertos os sinistros ocorridos antes do cancelamento, sem prejuízo do disposto na cláusula de riscos excluídos e no **subitem 21.9.1.1.**, sem o abatimento da indenização dos valores de prêmios pendentes, porém condicionada a cobrança do prêmio devido.

21.11.2. **O seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, na eventualidade da falta de quitação de qualquer parcela por prazo igual ou superior a 90 (noventa) dias, não podendo ser restabelecido. Havendo interesse deverá ser contratado um novo seguro com fiel observância**

de todos os prêmios requisitos da aceitação e inclusão no seguro, disposto no item 10 destas Condições Gerais, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento.

21.11.3. 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 21.9.1.1.** destas Condições Gerais.

21.11.4. Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez e acrescidos de juros de mora e atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), calculada na base pró-rata dia, ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo.

23. ATUALIZAÇÃO DOS CAPITALS SEGURADOS E PRÊMIOS

23.1. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores deste Contrato de Seguro, ficando sujeito às seguintes regras:

a) Em caso de endossos com restituição de prêmio, inclusive cancelamento do seguro, os valores a serem restituídos ao Segurado estarão sujeitos à atualização monetária, de acordo com a variação positiva do IPCA/IBGE, a contar da data de protocolo do pedido de endosso na Seguradora, até a data do efetivo pagamento ao Segurado e ainda conforme previsto na Cláusula 18 - Cancelamento e Rescisão do Contrato de Seguro;

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

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

d) Em caso de indenização de Sinistros ocorrida após o prazo previsto na Cláusula 26 – Pagamento da Indenização incidirão:

d.1) Atualização monetária a partir da data em que o capital segurado deveria ter sido pago, de acordo com a variação positiva do IPCA/IBGE; e

d.2) Juros moratórios de acordo com a variação da taxa SELIC, a contar da data de término do prazo contratual para pagamento da indenização, conforme a citada Cláusula 26 – Pagamento da Indenização, até a data de pagamento efetivo. Na ausência da taxa prevista nesta cláusula, os juros moratórios serão equivalentes à taxa

que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional;

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

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

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

f) Todos os valores constantes dos documentos devem ser expressos em moeda corrente nacional, vedada a utilização de unidade monetária de qualquer outra natureza. Essa obrigatoriedade não se aplica às operações contratadas em moeda estrangeira, expressamente autorizadas nos termos da regulamentação específica;

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

23.2. No caso de Capital Segurado Múltiplo Salarial, o valor do Capital Segurado e dos prêmios serão reajustados segundo a variação dos salários e/ou proventos do Segurado.

24. BENEFICIÁRIOS

24.1. Os Beneficiários do seguro para a cobertura Básica (Morte) e cobertura adicional de Indenização Especial por Morte Acidental do Segurado Principal, Morte Acidental por Crime (MACRIME), Morte Acidental em Transporte Público (MATP), Indenização Complementar (IC), Auxílio Funeral, Auxílio Cesta Básica. serão aqueles designados na Proposta de Adesão.

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

24.1.2. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários recebida pela Allianz Seguros antes da ocorrência do sinistro.

24.1.3. Caso o Segurado não de ciência à Allianz Seguros da substituição de seu(s) Beneficiário(s) na forma prevista no subitem anterior, a Allianz Seguros desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao(s) antigo(s) Beneficiário(s).

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

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

24.1.5. No caso das coberturas relacionadas abaixo, previstas nestas Condições Gerais, bem como na cobertura de morte do Segurado Dependente, quando contratadas as cláusulas suplementares de inclusão de cônjuge e filhos previstas nos **subitens 4.23 e 4.24**, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
- Invalidez Permanente Total por Acidente
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença
- Diagnóstico de Câncer
- Diagnóstico de Câncer Ampliado
- Doenças Graves
- Doenças Terminais
- Invalidez Permanente Total ou Parcial em Transporte Público
- Diárias por Incapacidade Temporária Causada por Acidente
- Diárias por Internação Hospitalar

Doenças Congênitas de Filhos

- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas
- Adaptação de Casa e/ou Veículo
- Filhos Póstumos

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

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

24.1.8. Se a seguradora, ciente do sinistro, não identificar beneficiário ou dependente do segurado dentro do prazo prescricional previsto em lei, o capital segurado será aportado no Fundo Nacional para Calamidades Públicas, Proteção e Defesa Civil (Funcap).

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

24.1.10. Na cobertura de Rescisão Trabalhista, quando contratada, o beneficiário será automaticamente o Estipulante.

24.1.11. 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.

25. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento para fins de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos 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;
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): 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 Diagnostico de Câncer: a data em que a doença foi diagnosticada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora;
- Cobertura de Doenças Terminais: a data em que a doença foi diagnosticada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora;
- Cobertura de Morte Acidental por Crime: a data do acidente (data do crime);
- Cobertura de Morte Acidental em Transporte Público: a data do acidente;
- Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial em Transporte Público: a data do acidente;
- Diária por Incapacidade Temporária causada por Acidente: a data do acidente;
- Cobertura de Diárias por Internação Hospitalar: a data da internação;
- Diagnóstico de Câncer Ampliado: a data em que a doença foi diagnosticada, através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora;
- Doenças Graves: a data em que a doença foi diagnosticada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora;
- Rescisão Trabalhista: a data do falecimento;
- Cobertura de Doenças Congênitas de filhos: a data do nascimento;
- Cobertura de Indenização Complementar: a data do falecimento;
- Adaptação de Casa e/ou Veículo: a data do acidente;
- Filhos Póstumos: a data do falecimento;
- Auxílio Funeral: a data do falecimento;
- Auxílio Cesta Básica: a data do falecimento.
- Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge Morte: data do falecimento;
- Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge de Indenização Especial por Morte Acidental: data do falecimento;
- Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: a data do acidente
- Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Filhos Morte: data do falecimento;

- Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Filhos de Indenização Especial por Morte Acidental: data do falecimento;
- Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Filhos de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: a data do acidente

26. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

26.1. A ALLIANZ SEGUROS não pagará qualquer indenização com base no presente seguro quando houver, por parte do Estipulante, Segurado seu Representante ou seu Corretor de Seguros, declarações inexatas ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro, que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, durante toda a sua vigência, tais circunstâncias prejudicarão o direito a indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

26.2. Se a inexatidão ou omissão da declaração não resultar 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 de seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada;
- b) Na hipótese da 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 da ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, deduzindo do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.

26.3. Em qualquer das hipóteses acima, não haverá restituição de prêmio, ficando a ALLIANZ SEGUROS isenta de quaisquer responsabilidades.

Além dos casos previstos em lei, a seguradora ficará isenta de qualquer obrigação decorrente deste contrato, nos seguintes casos:

- a) **Se o Segurado ou seu representante fizer declarações inexatas, falsas ou incompletas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio;**
- b) **Se o Segurado transferir direitos e obrigações da empresa segurada a terceiros, sem prévia anuência da Seguradora;**

- c) Se o Segurado ou seu representante declarar na proposta, ou se for verificado na inspeção de risco, a existência de qualquer dispositivo de segurança ou combate a incêndio exigido por lei, bem como dispositivos contra roubo, como vigilância armada 24 horas ou sistema de alarme, mas que por ocasião do sinistro não tenham sido utilizados por negligência do Segurado ou estiverem desativados, total ou parcialmente;
- d) Se ficar comprovado que o Segurado, não cumprindo os procedimentos elencados na Cláusula 28 – Procedimentos em Caso de Sinistro, agravou intencionalmente e de forma relevante o risco, majorando os prejuízos correspondentes;
- e) Se o Segurado deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;
- f) Se o Segurado ou seu representante praticar fraude ou tentativa de fraude, procurar obter benefícios ilícitos, agir com culpa grave, má-fé, atos propositais, negligência ou simular um sinistro para obter indenização;
- g) Se o sinistro for devido por atos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro, salvo o dolo do representante do Segurado, ou do beneficiário em prejuízo deste;
- h) Se o Segurado ou seu representante não comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- i) Se o Segurado ou seu representante não comunicar à Seguradora, logo que saiba, e não adotar as providências imediatas para evitar ou minorar as consequências do sinistro.
- j) Se as inexistências e/ou omissões a que se referem às alíneas anteriores decorrerem de descumprimento doloso e de má fé do Segurado ou seu representante, haverá perda do pagamento da indenização, sem prejuízo da dívida do prêmio e da obrigação do Segurado ou seu representante de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora;
- k) A sanção do pagamento da indenização da cobertura, será aplicável ainda que a omissão seja detectada após a ocorrência do sinistro.
- l) O Segurado poderá afastar a aplicação da sanção de perda do pagamento da indenização da cobertura, consignando a diferença de prêmio, e provando a casualidade da omissão e sua boa-fé.
- m) Se as inexistências e/ou omissões a que se referem às alíneas anteriores decorrerem de descumprimento culposo e de ausência de má fé do Segurado ou seu representante, a Seguradora poderá:
 - m.1) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - m.1.1) Cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - m.1.2) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível.
 - m.2) Na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:
 - m.2.1) 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

m.2.2) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.

m.3.) Na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral:

m.3.1) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.

m.4) Se, diante dos fatos não informados, o pagamento da indenização da cobertura for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja aceito pela seguradora, o contrato será cancelado, sem prejuízo da obrigação do Segurado de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

n) Se o Segurado contratar novo seguro sobre os mesmos interesses e contra os mesmos riscos sem comunicar previamente sua intenção à Seguradora.

o) Se o Segurado não observar as normas técnicas expedidas pela associação brasileira de normas técnicas (ABNT), Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO) e/ou por outros órgãos oficiais, bem como recomendações emanadas do fabricante ou ainda todas as normas e regulamentos vigentes para o funcionamento adequado dos equipamentos.

p) Por ocasião do sinistro for constatado enquadramento em desacordo com os critérios mencionados nestas Condições Gerais.

27. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

27.1. Prazo de Pagamento da Indenização:

Após a entrega de toda a documentação básica relacionada nos subitens **28.1 a 28.20**, para cada cobertura reclamada e estando caracterizado o sinistro para a cobertura do seguro, a Allianz Seguros providenciará o pagamento da indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da entrega de todos os documentos.

27.2. 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.

27.3. Atualização da Indenização:

Decorrido o prazo de pagamento da indenização previsto no **subitem 26.1**, o Capital Segurado passa a ser atualizado pela variação positiva do índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo / Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), ou na falta deste IPC/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), “pró-rata dia”, a partir da data do sinistro.

27.4. Forma de pagamento da indenização:

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

27.5. Despesas de Contenção e Salvamento

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

a) Das despesas com as medidas de contenção e de salvamento comprovadamente efetuadas pelo segurado, para evitar o sinistro iminente ou reduzir seus efeitos, mesmo que realizadas por terceiros, até o limite 5% sobre o limite máximo de indenização, sem reduzir o capital segurado e, ainda que os prejuízos não superem o valor da franquia ou que as medidas adotadas tenham sido ineficazes. Não constitui em despesas de salvamento, aquelas realizadas com a prevenção ou tratamento de doenças.

A Seguradora, não estará obrigada ao pagamento de despesas com medidas notoriamente inadequadas, observado o capital segurado contratado para o tipo de sinistro iminente ou verificado. A Seguradora suportará a totalidade das despesas efetuadas com a adoção de medidas de contenção ou de salvamento que expressamente recomendar para o caso específico, ainda que excedam o limite pactuado.

A ocorrência do evento deverá ser comunicada à Allianz Seguros e deverão ser enviados os documentos abaixo:

- Declaração do segurado ou beneficiário detalhando as medidas urgentes adotadas;
- Notas fiscais das despesas realizadas;
- Comprovantes de pagamento das referidas despesas;
- Prontuário médico do primeiro atendimento.

28. JUROS DE MORA

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

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

28.3. 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.

28.4. 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.

29. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

29.1. Em caso de sinistro coberto pela apólice, o Segurado, sob pena de perder direito à indenização, conforme Cláusula 25 - Perda de Direitos obriga-se, logo que dele tenha conhecimento, a:

- a) Comunicar prontamente a Seguradora da ocorrência do sinistro tão logo dele tome conhecimento, por qualquer meio idôneo e seguir suas instruções para a contenção ou salvamento;
- b) Tomar as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar os efeitos do sinistro;
- c) Prestar todas as informações que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências sempre que questionado, constando minimamente as seguintes informações: data, hora, local, bens sinistrados, estimativa e causas prováveis do sinistro;
- d) É proibido ao Segurado e ao beneficiário promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro, devendo conservar todos os indícios e vestígios deixados no local e nos bens segurados, enquanto for necessário para constatação e apuração da Seguradora;

29.2. Nos casos previstos nas cláusulas 27.1 (b e c), não se aplica as cláusulas 27.1 e 27.2., quando o Segurado provar que a Seguradora tomou ciência oportunamente do sinistro e das informações por outros meios;

29.2.1. Os deveres previstos na cláusula 27.1, também se aplicam ao beneficiário, quando aplicável, sujeitando-se às mesmas penalidades;

29.2.2. As providências previstas na cláusula 27.1 (b), não serão exigíveis se colocarem em perigo interesses relevantes do Segurado, do beneficiário ou de terceiros, ou se implicarem sacrifício acima do razoável.

29.2.3. A comprovação do ato ilícito criminal praticado pelo Segurado durante a regulação do sinistro, acarretará na perda do direito ao pagamento da indenização sem prejuízo da dívida do prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora. Se aplicará a mesma consequência quando o Segurado ou beneficiário tiverem prévia ciência da prática delituosa e não tentar evitá-la. Nos seguros sobre a vida e a integridade física, o capital segurado, ou a reserva matemática devida, será pago ao segurado ou a seus herdeiros quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário;

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

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

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

29.2.7. Regulação e Liquidação de Sinistro;

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

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

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

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

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

29.2.13. O relatório de regulação e liquidação de sinistro é um documento comum às partes, cabendo à Seguradora entregar aos interessados os documentos da regulação e liquidação do sinistro, em caso de negativa, total ou parcial, da cobertura do sinistro, exceto documentos e demais elementos probatórios que sejam considerados confidenciais ou sigilosos por lei ou que possam causar danos a terceiros, salvo em razão de decisão judicial ou arbitral;

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

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

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

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

29.3. Para a Cobertura Básica: Morte

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

Documentos dos Beneficiários:

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

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

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

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

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

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.

29.4. No caso de Morte Acidental, em complemento aos documentos relacionados no subitem **28.1**, é necessário apresentar, ainda:

- 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 ou comunicação de acidente do trabalho (CAT).
- d) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o segurado estivesse dirigindo o veículo.

29.5. Para a Cobertura IC - Indenização Complementar

a) se a morte for natural: apresentar todos os documentos relacionados no subitem **28.1**.

b) se a morte for acidental: apresentar todos os documentos relacionados nos subitens **28.1 e 28.2**.

29.6. Para a Cobertura RT - Rescisão Trabalhista, em complemento aos documentos relacionados no subitem **28.1 e 28.2**, é necessário apresentar, ainda:

- a) Cópia da ficha de registro de empregado.
- b) Cópia da rescisão do contrato de trabalho.
- c) Cópia do contrato social da empresa quando o sinistrado for sócio.
- d) Original da autorização para crédito em conta.

29.7. Para a Cobertura IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia de comprovante de vínculo empregatício.
- d) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.
- e) Cópia da carteira profissional.
- f) Cópia do CPF e do RG.
- g) Cópia do holerit relativo do mês da ocorrência.
- h) Cópias do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente do trabalho (CAT).

- i) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o segurado estivesse dirigindo o veículo.
- j) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a Invalidez (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.).
- k) Original da autorização para crédito em conta.
- l) 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.

29.8. Para a Cobertura IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia de comprovante de vínculo empregatício.
- d) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.
- e) Cópia da carteira profissional.
- f) Cópia do CPF e do RG.
- g) Cópia do holerit relativo do mês da ocorrência.
- h) Cópias do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente do trabalho (CAT).
- i) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o segurado estivesse dirigindo o veículo.
- j) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a Invalidez (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.).
- k) Original da autorização para crédito em conta.
- l) 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.

29.9. Para a Cobertura IFPD - Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia de comprovante de vínculo empregatício.
- d) Cópia da carteira profissional.
- e) Cópia do CPF e do RG.
- f) Cópia do holerit relativo do mês da ocorrência.
- g) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a Invalidez por Doença (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.

29.10. Para a Cobertura DC - Diagnóstico de Câncer

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia de comprovante de vínculo empregatício.
- d) Cópia da carteira profissional.
- e) Cópia do CPF e do RG.
- f) Cópia do holerit relativo do mês da ocorrência.
- g) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a doença (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 o diagnóstico definitivo dos sintomas.

29.11. Para a Cobertura DT - Doenças Terminais

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia de comprovante de vínculo empregatício.
- d) Cópia da carteira profissional.
- e) Cópia do CPF e do RG.
- f) Cópia do holerit relativo do mês da ocorrência.
- g) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a doença em fase terminal (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 o diagnóstico definitivo dos sintomas.

29.12. Para a Cobertura DCA - Diagnóstico de Câncer Ampliado

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia de comprovante de vínculo empregatício.
- d) Cópia da carteira profissional.
- e) Cópia do CPF e do RG.
- f) Cópia do holerit relativo do mês da ocorrência.
- g) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a doença (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 o diagnóstico definitivo dos sintomas.

29.13. Para a Cobertura DG – Doenças Graves

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.

- c) Cópia de comprovante de vínculo empregatício.
- d) Cópia da carteira profissional.
- e) Cópia do CPF e do RG.
- f) Cópia do holerit relativo do mês da ocorrência.
- g) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a doença (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 o diagnóstico definitivo dos sintomas.

29.14. Para a Cobertura MACRIME - Morte Acidental por Crime

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia de comprovante de vínculo empregatício.
- d) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.
- e) Cópia da carteira profissional.
- f) Cópia do CPF e do RG.
- g) Cópia do holerit relativo do mês da ocorrência.
- h) Cópia do laudo de exame cadavérico.
- i) Cópia da certidão de óbito.
- j) Cópias do boletim de ocorrência policial.

Documentos dos Beneficiários:

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

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

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

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

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

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.

29.15. Para a Cobertura MATP - Morte Acidental em Transporte Público

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia de comprovante de vínculo empregatício.

- d)** Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.
- e)** Cópia da carteira profissional.
- f)** Cópia do CPF e do RG.
- g)** Cópia do holerit relativo do mês da ocorrência.
- h)** Cópia do laudo de exame cadavérico.
- i)** Cópia da certidão de óbito.
- j)** Cópias do boletim de ocorrência policial.
- k)** Cópia do bilhete de embarque.

Documentos dos Beneficiários:

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

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

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

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

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

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.

29.16. Para a Cobertura IPATP - Invalidez Permanente Total ou Parcial em Transporte Público

- a)** Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b)** Cópia de comprovante de residência.
- c)** Cópia de comprovante de vínculo empregatício.
- d)** Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.
- e)** Cópia da carteira profissional.
- f)** Cópia do CPF e do RG.
- g)** Cópia do holerit relativo do mês da ocorrência.
- h)** Cópias do boletim de ocorrência policial.
- i)** cópia do bilhete de embarque.
- j)** Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a invalidez (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.).
- k)** Original da autorização para crédito em conta.
- l)** 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.

29.17. Para a Cobertura DIT - Diárias por Incapacidade Temporária causada por Acidente

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia de comprovante de vínculo empregatício.
- d) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.
- e) Cópia da carteira profissional.
- f) Cópia do CPF e do RG.
- g) Cópia do holerite relativo do mês da ocorrência.
- h) Cópias do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente do trabalho (CAT).
- i) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o segurado estivesse dirigindo o veículo.
- j) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram o afastamento (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.).
- k) Original da autorização para crédito em conta.
- l) 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.

29.18. Para a Cobertura DIH - Diárias por Internação Hospitalar

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia do comprovante de residência.
- c) Cópia do comprovante de vínculo empregatício.
- d) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.
- e) Cópia da carteira profissional.
- f) Cópia do CPF e do RG.
- g) Cópia do holerite relativo do mês da ocorrência.
- h) Cópia do prontuário da internação
- i) Cópias do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente do trabalho (CAT).
- j) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o segurado estivesse dirigindo o veículo.
- k) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a internação emergencial (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.).
- l) Original da autorização para crédito em conta.
- m) 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.

29.19. Para a Cobertura DCF - Doenças Congênitas de Filhos

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia de comprovante de vínculo empregatício.
- d) Cópia da carteira profissional.
- e) Cópia do CPF e do RG.
- f) Cópia do holerite relativo do mês da ocorrência.
- g) Cópias dos exames médicos realizados que determinaram a doença congênita (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 patologia)

Filhos: Cópia da certidão de nascimento e, se houver, do CPF e do RG.

29.20. Para a Cobertura DMH-O - Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Comprovante de residência.
- c) Comprovante de vínculo empregatício.
- d) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.
- e) Cópia da carteira profissional.
- f) Cópia do CPF e do RG.
- g) Cópia do holerite relativo do mês da ocorrência.
- h) Cópias do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente do trabalho (CAT).
- i) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o segurado estivesse dirigindo o veículo.
- j) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a internação emergencial (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.).
- k) Originais dos recibos das despesas com o tratamento.
- l) Original da autorização para crédito em conta.
- m) Relatório do Médico Assistente devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão/patologia e tratamento.

29.21. Para a Cobertura de Adaptação de Casa e/ou Veículo

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia de comprovante de vínculo empregatício.
- d) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.

- e) Cópia da carteira profissional.
- f) Cópia do CPF e do RG.
- g) Cópia do holerit relativo do mês da ocorrência.
- h) Cópias do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente do trabalho (CAT).
- i) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o segurado estivesse dirigindo o veículo.
- j) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a Invalidez (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.)
- k) Original da autorização para crédito em conta.
- l) 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.

29.22. Para Cobertura de Filhos Póstumos

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Pai/Mãe ou responsável legal.
- b) Cópia de comprovante de residência (do Pai/Mãe ou responsável legal)
- c) Cópia do CPF e do RG (do Pai/Mãe ou responsável legal).
- d) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento do filho póstumo, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado titular seja conhecida e registrada.
- e) Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho.

29.23. Para a Cobertura Auxílio Funeral

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário.
- b) Cópia de comprovante de vínculo empregatício.
- c) Cópia da certidão de óbito.
- d) Cópia do CPF e do RG.
- e) Cópia dos recibos das despesas com o funeral.
- f) Original da autorização para crédito em conta.

29.24. Para a Cobertura Auxílio Cesta Básica

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário.
- b) Cópia de comprovante de vínculo empregatício.
- c) Cópia da certidão de óbito.
- d) Cópia do CPF e do RG.
- e) Original da autorização para crédito em conta.

Documentos dos Beneficiários:

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

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

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

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

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

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.

29.25. Para a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge:

29.25.1. Morte

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

Documentos dos Beneficiários:

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

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

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

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

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

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.

29.25.2. Indenização Especial Por Morte Acidental

ALLIANZ SEGUROS S.A. – Código 517-7 – CNPJ 61.573.796/0001-66
Processo SUSEP nº 15414.006099/2002-39

Pág. 87
Versão 09_dez./2025

- 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 ou comunicação de acidente do trabalho (CAT);
- d) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o segurado estivesse dirigindo o veículo

29.25.3. Para Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia de comprovante de vínculo empregatício;
- d) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente;
- e) Cópia da carteira profissional;
- f) Cópia do CPF e do RG;
- g) Cópia do holerite relativo do mês da ocorrência;
- h) Cópias do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente do trabalho (CAT);
- i) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o segurado estivesse dirigindo o veículo;
- j) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a Invalidez (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.);
- k) Original da autorização para crédito em conta;
- l) 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.

29.26. Para a Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Filhos:

29.26.1. Morte

- j) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- k) Cópia de comprovante de residência;
- l) Cópia de comprovante de vínculo empregatício;
- m) Cópia da carteira profissional;
- n) Cópia da certidão de óbito;
- o) Cópia do CPF e do RG;
- p) Cópia do holerite relativo do mês da ocorrência;
- q) Cópias dos exames médicos realizados que determinaram a causa do falecimento (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.);
- r) Relatório do Médico Assistente devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida.

Documentos dos Beneficiários:

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

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

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

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

País: 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.

29.26.2. Indenização Especial Por Morte Acidental

- e) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente;
- f) Cópia do laudo de exame cadavérico;
- g) Cópias do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente do trabalho (CAT);
- h) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o segurado estivesse dirigindo o veículo

29.26.3. Para Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- m) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- n) Cópia de comprovante de residência.
- o) Cópia de comprovante de vínculo empregatício;
- p) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente;
- q) Cópia da carteira profissional;
- r) Cópia do CPF e do RG;
- s) Cópia do holerite relativo do mês da ocorrência;
- t) Cópias do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente do trabalho (CAT);
- u) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o segurado estivesse dirigindo o veículo;
- v) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a Invalidez (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.);
- w) Original da autorização para crédito em conta;
- x) 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.

Importante:

A Allianz Seguros poderá solicitar, em caso de dúvida fundamentada e justificada, outros documentos não relacionados anteriormente. Neste caso, o prazo mencionado no subitem **26.1.** das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do

dia útil subsequente ao recebimento pela Allianz Seguros destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares

O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, correm por conta do Segurado, com exceção dos exames solicitados pela Seguradora, ou de providências pela mesma determinada.

As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

30. PERÍCIA DA SEGURADORA

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

No caso de incapacidade, o Segurado, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar, requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, que estarão disponíveis apenas para o Segurado, seu médico e a Seguradora.

Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

31. JUNTA MÉDICA

31.1 No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Allianz Seguros 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.

- a. 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 Allianz Seguros

- b. 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.

32. COMUNICAÇÕES

As comunicações do Segurados ou Estipulantes somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da ALLIANZ SEGUROS

As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na apólice.

As comunicações feitas à Seguradora por um corretor de seguros, em nome do Segurado ou Estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do Estipulante.

Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

33. PRESCRIÇÃO

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

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

34. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante, somente podem ser feitas com a supervisão e a autorização expressa da ALLIANZ SEGUROS, respeitadas as condições contratuais e as normas do seguro. A ALLIANZ SEGUROS será responsável pela fidelidade das informações contidas nas divulgações realizadas.

35. RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIROS

A ALLIANZ SEGUROS nos termos da legislação vigente, não poderá promover ação de ressarcimento contra terceiros responsáveis por danos sofridos pelo Segurado e/ou Beneficiário.

36. DISPOSIÇÕES FINAIS

36.1. Este seguro é por prazo determinado tendo a Allianz Seguros a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

37. LEGISLAÇÃO E FORO

37.1. O contrato de seguro poderá ser pactuado, mediante instrumento assinado pelo segurado e seguradora, para a resolução de litígios por meios alternativos, que será feita exclusivamente no Brasil e submetida às regras do direito brasileiro, inclusive na modalidade de arbitragem.

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

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

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

38. 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.

39. CLÁUSULA ANTICORRUPÇÃO

As Partes não assumem, autorizam ou permitem qualquer ação relacionada à negociação, celebração ou execução deste Contrato que possa fazer com que elas e/ou suas afiliadas violem os termos de quaisquer leis ou regulamentos anticorrupção e antissuborno aplicáveis. Esta obrigação se aplica principalmente a pagamentos

ilegítimos, inclusive a título de facilitação a funcionários públicos, representantes de autoridades públicas ou seus associados, familiares ou amigos próximos. Cada Parte concorda em não oferecer, dar, ou concordar em dar, a qualquer funcionário, representante ou terceiro agindo em nome da outra Parte, ou ainda aceitar ou concordar em aceitar de qualquer funcionário, representante ou terceiro agindo em nome da outra Parte, qualquer presente ou benefício indevido, seja monetário ou outro, com relação à negociação, celebração ou execução deste Contrato. Cada Parte deverá notificar imediatamente a outra Parte caso tome conhecimento ou tenha suspeita específica de qualquer tipo de corrupção referente à negociação, celebração ou execução deste Contrato.

40. CLÁUSULA DE EXCLUSÃO DE CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA

Em nenhum caso, este seguro cobrirá perdas, danos, custos ou despesas direta ou indiretamente causados ou contribuídos por ou decorrentes de:

1. radiações ionizantes ou contaminação por radioatividade de qualquer combustível nuclear ou de qualquer resíduo nuclear ou da combustão de combustível nuclear;
2. propriedades radioativas, tóxicas, explosivas ou outras propriedades perigosas ou contaminantes de qualquer instalação nuclear, reator ou outra montagem nuclear ou componente nuclear do mesmo;
3. qualquer arma ou outro dispositivo que empregue fissão atômica ou nuclear e/ou fusão ou outra reação semelhante ou força ou matéria radioativa.

41. CLÁUSULA DE EXCLUSÃO DE POLUIÇÃO E CONTAMINAÇÃO

Poluição e/ou contaminação decorrente de emissão, descarga, dispersão, desprendimento, escape, emanção, vazamento ou derrame de agentes poluentes e/ou contaminantes, em estado líquido, sólido ou gasoso, onde quer que se origine, a menos que seja consequente, de forma direta e imediata, de incêndio, raio, explosão, ou quaisquer outros riscos expressamente previstos e cobertos por este seguro. Não obstante, permanecem excluídas deste seguro, as reclamações de indenização relacionadas com custo de limpeza e de remediação de impacto ambiental (terra, ar ou água). Da mesma forma, estão excluídas deste grupo, as reclamações de indenização, direta ou indiretamente, ocasionados por ou que ocorram por meio, ou em consequência de ruídos (seja ele audível ao ouvido humano ou não), estrondos sônicos, ou quaisquer fenômenos associados aos mesmos.

ANEXO 1 – CLÁUSULA DE EXCEDENTE TÉCNICO

A presente cláusula estabelece as condições de distribuição, ao Estipulante, dos resultados da apólice.

1.1. Distribuição de Excedentes Técnicos

ALLIANZ SEGUROS S.A. – Código 517-7 – CNPJ 61.573.796/0001-66
Processo SUSEP nº 15414.006099/2002-39

Pág. 93
Versão 09_dez./2025

Desde que contratado, haverá excedente técnico quando a diferença entre as receitas e despesas de um determinado período de apuração for positiva.

O período de apuração é composto por 12 meses a contar do início de vigência ou da data do aniversário anual da Apólice.

Consideram-se como receita para fins de apuração dos resultados técnicos:

- a) Prêmios líquidos, efetivamente pagos, cujas faturas sejam referentes ao período de apuração;
- b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;

Consideram-se como despesas para os mesmos fins do subitem anterior:

- a) As comissões de corretagem pagas durante o período de apuração;
 - b) As comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período de apuração;
 - c) As comissões de agenciamento pagas durante o período de apuração;
 - d) O valor total dos sinistros ocorridos e avisados em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se, uma só vez, os sinistros com pagamentos parcelados;
 - e) Saldos negativos de períodos anteriores, ainda não compensados;
 - f) As despesas efetivas de administração da apólice pela Seguradora; e
 - g) O valor destinado à constituição da provisão de IBNR do período em apuração.
- Os excedentes técnicos serão pagos na forma estabelecida no Contrato da apólice.

1.2. Atualização Monetária

1.2.1. As receitas e despesas serão corrigidas pela variação do IPCA/IBGE, desde:

- a) O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- b) O aviso à Seguradora para os sinistros;
- c) A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores e despesas de administração da Seguradora;
- d) As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

1.2.2. O resultado técnico será apurado em reais e atualizado monetariamente, com base na variação do IPCA/IBGE, desde o término do período de apuração determinado no contrato até a data de distribuição do excedente técnico.

1.3. Distribuição do Excedente

A distribuição do excedente técnico será realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos;

1.3.1. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deverá ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado.

1.4. A definições dos itens que compõe as receitas e despesas serão especificadas no contrato do seguro.

1.5. Do resultado apurado, será distribuído o percentual estabelecido no contrato do seguro.

1.6. O início de vigência desta Cláusula será sempre equivalente ao início de vigência ou da data do aniversário da Apólice.

1.7. O resultado técnico será apurado em Reais (R\$), levando-se em conta a atualização monetária dos valores pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

1.8. Não será distribuído Excedente Técnico em caso de cancelamento da Apólice.