



Condições Gerais

Allianz Vida em Grupo

Abril/2022

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:

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 independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte ou a Invalidez Permanente Total ou Parcial, 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 conseqüentes 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**

ALLIANZ SEGUROS S.A. – Código 517-7 – CNPJ 61.573.796/0001-66

Processo SUSEP nº 15414.006099/2002-39

PRIVACIDADE DE DADOS PESSOAIS - A Allianz realiza o tratamento de seus dados pessoais observando a legislação vigente, termos e condições previstos em sua Política de Privacidade de Dados (disponível no site allianz.com.br), bem como adota medidas de segurança aptas a proteger os seus dados pessoais de acessos não autorizados e qualquer forma de tratamento ilícito ou inadequado.

Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências 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 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 permanece 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. Cognição

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

2.14. 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.

2.15. 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.

2.16. Conectividade com a Vida

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

2.17. Consumpção

Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.18. 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.

2.19. 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.

2.20. Crime

Violação culpável prevista na lei penal

2.21. 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.

2.22. Deambular

Ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

2.23. 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.

2.24. Deficiência Visual

Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.25. 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.

2.26. Disfunção Imunológica

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

2.27. Doenças Cardiológicas

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

2.28. Doença Crônica

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

2.29. Doença Crônica em Atividade

Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.30. Doença Crônica de Caráter Progressivo

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

2.31. 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).

2.32. 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.

2.33. 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.

2.34. Doença Profissional

Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

2.35. 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.

2.36. 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.

2.37. Estados Conexos

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

2.38. 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.

2.39. 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.

2.40. Fatores de Risco e Morbidade

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

2.41. Franquia

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

2.42. Garantias

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

2.43. 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**.

2.44. Grupo Segurado

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

2.45. Indenização

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

2.46. 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.

2.47 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.

2.48. 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 consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

2.49. 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.

2.50. Prêmio

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

2.51. Prescrição

Extingue o direito de uma pessoa a exigir de outra uma prestação (ação ou omissão), ou seja, provoca a extinção da pretensão, quando não exercida no prazo definido em Lei. O prazo prescricional para toda e qualquer pretensão do Segurado e vice-versa, é de 1(um) ano, contando-se este prazo da ciência do fato gerador da pretensão.

2.52. Prognóstico

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

2.53. 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

2.54. 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

2.55. 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.

2.56. Quadro Clínico

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

2.57. Recidiva

Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acontecimento.

2.58 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.

2.59. Refratariedade Terapêutica

Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.60. Seguradora

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

2.61. Segurados Principais

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

2.62. Segurados Dependentes

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

2.62.1. 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.

2.63. Sentido de Orientação

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

2.64. Seqüela

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

2.65. 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.

2.66. 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

2.67. Transferência Corporal

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

2.68. 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.

2.69. Vigência

É o período pelo qual está contratado o seguro.

3. PLANOS DE COBERTURAS

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

3.1.1 Cobertura Básica:

- Morte

3.1.2 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)
- Auxílio Funeral
- Auxílio Cesta Básica

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

4. DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS

4.1. 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.**

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

4.1.3. As indenizações pela cobertura Básica e coberturas adicionais de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD ou Doenças Terminais (DT) não se acumulam.

4.2. IEA - Indenização Especial por Morte Acidental

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

4.2.1. A cobertura Básica (Morte) e cobertura adicional de Indenização Especial por Morte Acidental se acumulam.

4.3. 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 |
| 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 | |

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.8. As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam com 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.

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

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

4.4. 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.**

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

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

4.4.2.1. 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

4.4.2.2. 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.

4.4.3. 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.

4.4.4. 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.

4.4.5. 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.

4.5. 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.**

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

4.5.1.1 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.

4.5.1.2. 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.

4.5.1.3. 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.

4.5.2. A Invalidez Funcional Permanente Total por Doença deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa

finalidade. A Allianz Seguros reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.

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

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

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

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

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

4.6. 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**.

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

4.6.2. 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.

4.6.3. Estão excluídos desta cobertura:

- carcinoma “in situ” de colo de útero.

4.6.4. 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.

4.6.5 Também não terá direito a qualquer indenização referente a esta cobertura caso o Segurado apresente, durante o período de carência a que se refere o subitem anterior (4.6.4.), qualquer manifestação das doenças neoplásicas cobertas, ainda que a mesma só venha a ser diagnosticada como câncer após decorrido o prazo de carência.

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

4.7. 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.**

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

4.7.2. 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.

4.7.3. Estão excluídos desta cobertura:

- carcinoma “in situ” de colo de útero.

4.7.4. 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.

4.7.5 Também não terá direito a qualquer indenização referente a esta cobertura caso o Segurado apresente, durante o período de carência a que se refere o subitem anterior (4.7.4.), qualquer manifestação das doenças neoplásicas cobertas, ainda que a mesma só venha a ser diagnosticada como câncer após decorrido o prazo de carência.

4.7.6. 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.

4.8. 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.**

4.8.1. 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.

4.8.2. Para as doenças descritas no **item 4.8.1**, 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.

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

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

4.9. DT - Doenças Terminais

4.9.1. 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.**

4.9.2. 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.

4.9.3. 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.

4.9.4. A Cobertura Básica (morte), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e a Cobertura de Doenças Terminais (DT) não se acumulam.

4.10. 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.**

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

4.11. 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.**

4.11.1. 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.

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

4.12. 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 4.3**, 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.

4.12.1. 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 | |

4.12.2. 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).

4.12.3. 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.

4.12.4. 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.

4.12.5. 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.

4.12.6. 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.

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

4.12.8. 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.

4.12.8.1. 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.

4.12.9. 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.

4.12.10. 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.

4.13. 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.**

4.13.1 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.

4.13.2 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.

4.14. DIH - Diárias por Internação Hospitalar

Desde que contratada, garante ao Segurado, o pagamento de Diárias correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso da sua internação hospitalar decorrente de acidente ou doença em caráter estritamente emergencial, **entende-se como tal todas as internações que 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 decorrentes de riscos excluídos, e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

4.14.1. 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 90 (noventa) diárias.

4.14.2. 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.

4.14.3. 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.

4.14.4. 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.

4.15. 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.**

4.16 . 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.**

4.16.1. 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).**

4.16.2. 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.

4.17. 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, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

4.18. DMH-O - 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.**

4.18.1 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.

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

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

4.18.4 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.**

4.18.5 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.

4.18.6 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.

4.19. 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.

4.19.1 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.

4.19.2 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.

4.20. 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.**

4.21. Inclusão automática ou facultativa de Cônjuge

4.21.1. 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.

4.21.2. 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.**

4.21.3. O cônjuge poderá participar das coberturas adicionais de Indenização Especial por Morte Acidental e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, conforme indicado na Proposta de Adesão e desde que também contratadas pelo Segurado Principal.

4.21.4. 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.

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

4.21.6. 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.

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

4.21.8. 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, Auxílio Funeral e Cesta Básica.

4.22. Inclusão Automática de Filhos – IAF

4.22.1. 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.**

4.22.2. 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 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 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.

4.22.3. 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.**

4.22.4. Na hipótese de falecimento de Segurado menor de 14 (quatorze) anos a indenização destina-se exclusivamente ao reembolso de despesas com funeral, limitada ao Capital Segurado contratado, conforme definido no subitem **4.23.3**, 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.

4.22.5. Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu Dependente.

4.22.6. 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.

4.23. 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.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas do presente seguro, os eventos ocorridos em consequência:

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou de outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) De doenças, lesões preexistentes à data do início de vigência individual, não declaradas na Proposta de Adesão, e que sejam de conhecimento do Segurado.**
- d) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.**
- e) De suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.**
 - e.1) Este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando, tecnicamente, a devolução de prêmio ou reserva caso ocorra suicídio durante o período de exclusão da cobertura;**
- f) De danos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;**

- g) Da prática, 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 conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- i) As perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas pela ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente coberto;**
- j) 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 conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal.**

5.2. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1, estão expressamente excluídos das coberturas de Indenização Especial por Morte Acidental (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):

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

5.3. 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.

5.4. 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

5.5 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. CARÊNCIA

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

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

- 6.2. Indenização Especial por Morte Acidental (IEA):** para eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão individual ao seguro.
- 6.3. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** para eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão individual ao seguro.
- 6.4. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):** para eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão individual ao seguro.
- 6.5. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);** não haverá carência.
- 6.6. Diagnóstico de Câncer:** para os eventos decorrentes desta cobertura haverá uma carência, de 4 (quatro) meses, contados da data de adesão individual ao seguro.
- 6.7. 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.
- 6.8. Doenças Terminais;** Para os eventos decorrentes desta cobertura haverá uma carência, de 6 (seis) meses, contados da data de adesão individual ao seguro.
- 6.9. Morte Acidental por Crime:** não haverá carência.
- 6.10. Morte Acidental em Transporte Público:** não haverá carência.
- 6.11. Invalidez Permanente Total ou Parcial em Transporte Público:** não haverá carência.
- 6.12. Diária por Incapacidade Temporária por Acidente:** não haverá carência.
- 6.13. Diárias por Internação Hospitalar:** haverá carência
- 6.14. Doenças Graves:** haverá carência.
- 6.15. Rescisão Trabalhista:** não haverá carência
- 6.16. Doenças Congênitas de Filhos:** não haverá carência

6.17. Indenização Complementar: não haverá carência

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

6.19. Auxílio Funeral: não há carência.

6.20. Auxílio Cesta Básica: não há carência

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

6.25. 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.

6.26. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais.

6.27. 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. CAPITAL SEGURADO

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. ÂMBITO GEOGRÁFICO

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

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

9. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

9.1. 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.

Parágrafo único: Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios a ALLIANZ SEGUROS nos prazos contratualmente estabelecidos não acarreta a suspensão da cobertura e sujeita o Estipulante ou Sub-Estipulante às cominações legais.

9.2. 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.
- 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;

- 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. Aceitação do Seguro

10.1. A proposta de contratação, assinada obrigatoriamente pelo estipulante, deverá ser entregue à Allianz Seguros.

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

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

10.3. 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).

10.4. 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.

11. VIGÊNCIA DA APÓLICE

11.1. A Apólice vigorará pelo prazo expresso no Contrato da apólice, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora, manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias **do final da vigência da apólice, ou ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nestas Condições Gerais.**

11.2. A renovação automática prevista no subitem anterior só poderá ocorrer **uma única vez**, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação **expressa do Estipulante**.

11.3. 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.

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

12. VIGÊNCIA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

12.1. 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.

13. VIGÊNCIA INDIVIDUAL

13.1 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.

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

13.3. 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.

14. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

14.1. 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.

14.2. 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.

14.3 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.

14.4 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.

15. AGRAVAMENTO DO RISCO

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

15.1.1. 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.

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

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

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

16.1.2. 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.

17. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

17.1. 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.

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

17.2.1. O proponente deverá preencher, de próprio punho, todos os campos da Proposta de Adesão e assiná-la pessoalmente. Os proponentes com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos deverão ser representados pelos pais ou responsáveis, ou, assistidos por eles se contarem mais de 16 (dezesesseis) anos e menos de 18 (dezoito) anos, na forma da legislação vigente.

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

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

17.3. A Allianz Seguros terá o prazo de 15 (quinze) dias para aceitar ou recusar a Proposta de Adesão, a contar da data de seu recebimento. Caso não haja manifestação expressa em contrário a aceitação será automática.

17.3.1. Caso a Allianz Seguros exija elementos complementares para a análise do risco, tais como as provas de saúde previstas no subitem **17.2.2** destas Condições Gerais, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Allianz Seguros destas informações adicionais.

17.3.2. No caso da não aceitação da Proposta de Adesão por parte da Seguradora neste prazo, a recusa será comunicada ao proponente por escrito, por intermédio do Estipulante. Será efetuada a devolução do prêmio efetivamente pago devidamente atualizado pelo IPCA-IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), "pró-rata dia", da data do pagamento até a data da restituição.

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

17.3.4. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Allianz Seguros não implica na aceitação da proposta, devendo-se observar o disposto no subitem **17.3** destas Condições Gerais.

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

17.5. Afastados

17.5.1. Na hipótese de transferência do grupo Segurado de uma apólice para outra, os Segurados Principais afastados do serviço ativo por doença 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. CANCELAMENTO

18.1. O contrato de seguro poderá ser rescindido:

- **A qualquer tempo mediante acordo formal entre o Estipulante com a concordância expressa e escrita dos Segurados que representem $\frac{3}{4}$ do grupo Segurado e a Allianz Seguros.**
- **Pelo atraso dos pagamentos dos prêmios, nos termos do item 21 destas Condições Gerais;**
- **Pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais;**
- **Quando o Segurado e/ou Beneficiários praticarem atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora.**
- **Com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional referido no subitem 21.8.4, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio;**
- **Com o cancelamento da apólice ou final de sua vigência, sem renovação.**

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

- **com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;**
- **quando o Segurado solicitar sua exclusão do seguro ou deixar de contribuir com a sua parte do prêmio;**
- **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;**
- **automaticamente se o Segurado, seus Prepostos, Dependentes ou Beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro.**
- **automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do Segurado, seus Dependentes, Beneficiários ou Prepostos;**
- **por solicitação formal do Segurado, mediante comunicação por escrito;**
- **quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio mensal, observado o disposto no subitem 21.9.1.2 – Cancelamento das Coberturas por Atraso nos Pagamentos do Prêmio Mensal, destas Condições Gerais;**

- 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;
- com o cancelamento da apólice ou final de sua vigência, sem renovação.

18.3. A inclusão do Segurado Dependente será cancelada automaticamente:

- se for cancelada a respectiva cláusula de Inclusão de Cônjuge ou de Inclusão Automática de Filhos;
- 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;
- a pedido do Segurado Principal, quando a inclusão for facultativa;
- com o cancelamento do seguro do Segurado Principal, qualquer que seja a causa;
- com o com o cancelamento do seguro contratado pelo Estipulante;
- com a inclusão do Dependente no seguro na condição de Segurado Principal.

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

18.5 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.

19. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

19.1. 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;
- franquias e/ou carências aplicáveis 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) produtos (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.”.

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

20. CUSTEIO DO SEGURO

20.1. 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.

21. PRÊMIO

21.1. 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.

21.2. 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.

21.3. 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.

21.4. 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.

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

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

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

21.8. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

| RELAÇÃO % | FRAÇÃO A SER | RELAÇÃO % | FRAÇÃO A SER |
|-----------|--------------|-----------|--------------|
|-----------|--------------|-----------|--------------|

| ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE | APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL | ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE | 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 |

21.8.1. Para percentuais não previstos no **subitem 21.8**, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

21.8.2. A Seguradora deverá informar ao Segurado por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme **subitem 21.8** acima.

21.8.3. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescido de juros de mora de 0,5% ao mês e atualização monetária pela variação positiva do índice **IPCA/IBGE** (Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), dentro do novo prazo de vigência ajustado, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice.

21.8.4. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no **subitem 21.8** sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, a Seguradora, operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

21.8.5. 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.

21.8.6. O disposto no **subitem 21.8** e seus sub-itens não se aplicam aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

21.9. Suspensão e Reabilitação das Coberturas

21.9.1. 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 21.9.1.2.** Dessa forma, estarão cobertos os sinistros ocorridos antes do cancelamento, sem prejuízo do disposto na cláusula de riscos excluídos e no **subitem 21.9.1.2**, sem o abatimento da indenização dos valores de prêmios pendentes, porém condicionada a cobrança do prêmio devido.

21.9.1.2. 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.

21.9.1.3. 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 21.9.1.2** destas Condições Gerais.

21.9.1.4. Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez e acrescidos de juros de mora de 0,5% ao mês e atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), calculada na base pró-rata dia, ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo.

22. ATUALIZAÇÃO DOS CAPITAIS SEGURADOS E PRÊMIOS

22.1 O capital segurado e os prêmios serão atualizados monetariamente anualmente na data do aniversário da apólice com base na variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas) ou na falta deste IPC/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), acumulados nos 12 (doze) meses que antecedem os 4 (quatro) meses anteriores ao do aniversário.

22.2. 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.

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

23. BENEFICIÁRIOS

23.1. 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.

23.1.2. O Segurado Principal poderá livremente e a qualquer tempo, por escrito, indicar ou alterar os seus Beneficiários, mediante aviso escrito à Allianz Seguros.

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

23.1.4. 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).

23.1.5. Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado, o Capital Segurado será pago na forma da Lei (artigo 792 do Código Civil).

- metade ao cônjuge não separado judicialmente; metade aos herdeiros do Segurado obedecido a ordem de vocação hereditária.
- na falta das pessoas indicadas acima, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios necessários a sua subsistência.

23.2. 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 4.22 e 4.23**, 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

23.3. 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.

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

24. 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
- Auxílio Funeral: a data do falecimento.
- Auxílio Cesta Básica: a data do falecimento.

25. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

25.1. 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.

25.2. 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.

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

26. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

26.1. 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.

26.2. 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.

26.3 Forma de pagamento da indenização:

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

27. JUROS DE MORA

27.1. Na hipótese de não cumprimento pela Allianz Seguros do prazo contratualmente previsto para pagamento da respectiva obrigação pecuniária, os valores sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no plano e **juros de mora no importe de 0,5% (meio por cento)** ao mês.

27.2. Os juros moratórios, de 6% (seis por cento) ao ano, serão calculados, em base *pró rata die*, desde o primeiro dia subsequente àquele em que a obrigação tornou-se contratualmente exigível, até a data do efetivo pagamento.

27.3. 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.

27.4. 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.

28. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

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

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

28.1. 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.

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

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

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

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

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

28.2. 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.

28.3. 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**.

28.4. 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.

28.5. 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.

28.6. 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.

28.7. 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.

28.8. 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.

28.9. 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.

28.10. 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.

28.11. 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.

28.12. 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.

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

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

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

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

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

28.13. 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.

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

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

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

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

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

28.14. 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.

28.15. 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.

28.16. 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.

28.17. 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.

28.18. 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.

28.19. Para a Cobertura Auxílio Funeral

ALLIANZ SEGUROS S.A. – Código 517-7 – CNPJ 61.573.796/0001-66

Processo SUSEP nº 15414.006099/2002-39

PRIVACIDADE DE DADOS PESSOAIS - A Allianz realiza o tratamento de seus dados pessoais observando a legislação vigente, termos e condições previstos em sua Política de Privacidade de Dados (disponível no site allianz.com.br), bem como adota medidas de segurança aptas a proteger os seus dados pessoais de acessos não autorizados e qualquer forma de tratamento ilícito ou inadequado.

- 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.

28.20. 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.
- f) Original da autorização para crédito em conta.

Documentos dos Beneficiários:

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

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

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

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

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

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

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.

29. 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.

30. JUNTA MÉDICA

30.1. 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.

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

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

31. 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.

32. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado, ou do(s) Beneficiário(s), com fundamento na presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

33. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou corretor, 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.

34. RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIROS

A ALLIANZ SEGUROS nos termos do artigo 800 do Código Civil Brasileiro, não poderá promover ação de ressarcimento contra terceiros responsáveis por danos sofridos pelo Segurado e/ou Beneficiário.

35. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

35.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

35.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

35.4. 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.

36. FORO

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

37. PRIVACIDADE DE DADOS PESSOAIS

A Allianz realiza o tratamento de seus dados pessoais observando a legislação vigente, termos e condições previstos em sua Política de Privacidade de Dados (disponível no site allianz.com.br), bem como adota medidas de segurança aptas a proteger os seus dados pessoais de acessos não autorizados e qualquer forma de tratamento ilícito ou inadequado.

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

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.