



**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL**

**CONDIÇÕES GERAIS**

**PROCESSO SUSEP Nº15414.622609/2023-44**

**PROCESSO SUSEP Nº 15414.622609/2023-44**

**Dados de envio**

**Destinatário:**

BP Seguradora S/A. (Regulação de Sinistros) Rua Rio de Janeiro, 1279, Lourdes Belo Horizonte – MG - CEP 30160 - 042.

**Central de Atendimento:**

SAC: 0800 080 0158

Atendimento 24 horas

Ouvidoria: 0800 000 4379

Atendimento de 2ª a 6ª feira das 08h às 17h

## Sumário

---

1 Objetivo Do Seguro.....	3
2 Definições .....	3
3 Coberturas Do Seguro .....	7
4 Âmbito Geográfico Da Cobertura .....	18
5 Carência .....	19
6 Franquia .....	19
7 Contratação E Aceitação Do Seguro .....	19
8 Cobertura Suplementar Para Segurados Dependentes.....	21
9 Vigência E Renovação Do Seguro .....	21
10 Pagamento Do Prêmio .....	22
11 Modalidades De Capital Segurado .....	23
12 Atualização Do(S) Capital(Is) Segurado(S) E Prêmio(S) .....	23
13 Reenquadramento Tarifário Anual Do Prêmio.....	24
14 Recálculo Da (S) Taxa(S) Do Seguro.....	25
15 Data Do Evento E Reintegração Do Capital Segurado .....	25
16 Beneficiário(S) .....	26
17 Comunicação E Liquidação De Sinistros.....	26
18 Prestação Dos Serviços De Assistência Funeral .....	33
19 Perda Do Direito À Indenização .....	34
20 Cancelamento Do Seguro .....	35
21 CessaçãO Da Cobertura .....	36
22 Regime Financeiro.....	37
23 Material De DivulgaçãO .....	37
24 Mora .....	37

25 Foro .....	38
Tabela Para Cálculo Indenização Em Caso De Invalidez Permanente .....	38

## 1 OBJETIVO DO SEGURO

1.1 O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), caso o Segurado venha a falecer ou tornar-se permanentemente inválido, exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Gerais e Contratuais do Seguro.

---

## 2 DEFINIÇÕES

2.1 **Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez funcional permanente total ou parcial do Segurado, observando-se que:

2.1.1 Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) Os acidentes decorrentes da 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 sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) As doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível, causado em decorrência de acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe



médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

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 por acidente pessoal.

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

**2.3 Apólice:** é o documento que formaliza o Contrato de Seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da Sociedade Seguradora e do Segurado e discriminando as coberturas contratadas.

**2.4 Beneficiário:** é a pessoa designada pelo Segurado para receber a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado. O Segurado poderá designar, caso não exista impedimento legal, mais de um Beneficiário.

**2.5 Boa-Fé:** Um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do Contrato de Seguro e na determinação dos compromissos assumidos.

**2.6 Cancelamento:** Título de cláusula constante das Condições Gerais dos seguros, que regula a rescisão do contrato de seguro, quer pelo Segurado, quer pela Seguradora.

**2.7 Capital Segurado:** é a importância máxima a ser paga ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

**2.8 Carência:** é o período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito à integralidade da(s) cobertura (s) contratual(is), sendo inexistente em caso de acidente pessoal.

**2.9 Coberturas:** são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

**2.10 Condições Contratuais:** é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e do Contrato de Seguro.

**2.11 Condições Gerais:** são as cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo os direitos e deveres do Segurado, da Seguradora e dos Beneficiários.

2.12 **Contrato de Seguro** é o instrumento jurídico firmado entre o Proponente e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação, e fixa os direitos e obrigações da Seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

2.13 **Declaração Pessoal de Saúde e Atividades:** é o questionário, integrante da Proposta de Contratação, que deverá ser respondido e assinado pelo Proponente, e podendo este ser por meios eletrônicos conforme legislação em vigor, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado, bem como sua principal ocupação e/ou atividade e profissão.

2.14 **Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes:** são as doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação, e que não tenha sido declarada na Declaração Pessoal de Saúde e Atividades.

2.15 **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) cobertura(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.16 **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de sinistro à Seguradora.

2.17 **Franquia:** é o período de tempo em cada evento coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização.

2.18 **Indenização:** é o valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), correspondente ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado.

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

2.20 **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

2.21 **Modalidades de Plano:** indicam a forma de contratação da cobertura de Auxílio Funeral (AUX), no que diz respeito à abrangência da mesma com relação aos segurados

principais e segurados dependentes, podendo ser estabelecida na condição de plano Individual, Casal ou Familiar.

**2.22 Prêmio:** é o valor que o Segurado Proponente paga à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) cobertura(s) contratada(s).

**2.23 Proponente:** é a pessoa que propõe a contratação do Seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

**2.24 Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente expressa a intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

**2.25 Regime Financeiro de Repartição Simples:** é aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações neste mesmo período.

**2.26 Reintegração do Capital Segurado:** é a recomposição do Capital Segurado após a liquidação do sinistro.

**2.27 Riscos Excluídos:** são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

**2.28 Segurado:** é o Proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.

**2.29 Seguradora:** é a empresa, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

**2.30 Serviço de Assistência Funeral:** é o rol de procedimentos necessários à realização do funeral e do traslado do corpo do Segurado, obedecido os limites e as condições estabelecidas nas Condições Gerais e no Contrato de Seguro. Não sendo a Seguradora especialista na execução e prestação dos serviços de Assistência Funeral, tais como sepultamento e serviços correlatos, ela providenciará os mesmos por intermédio de terceiros que poderão prestá-los através de convênio ou não.

**2.31 Sinistro:** é a ocorrência de um evento coberto previsto contratualmente.

**2.32 Vigência do Seguro:** é o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

**2.33 Vigência da Cobertura:** é o período em que o Segurado está coberto pela(s) cobertura(s) deste Seguro.

---

### 3 COBERTURAS DO SEGURO

3.1 As coberturas do Seguro dividem-se em básica e adicionais, sendo que o Seguro não pode ser contratado sem a cobertura básica.

#### 3.2 Cobertura Básica:

3.2.1 Morte Natural: é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em decorrência do evento morte natural do Segurado, ocorrido durante a vigência do Seguro.

a) Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- a.1) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
- a.2) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

#### 3.3 Coberturas Adicionais:

3.3.1 Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA): é cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) em caso de morte do Segurado, ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do Seguro. As indenizações de Morte e de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) se acumulam.

a) Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- a.1) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
- a.2) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

b) O(s) Beneficiário(s) não terão direito à Indenização caso o Segurado se suicide nos dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso.

3.3.2 Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao próprio Segurado, relativa à perda ou impotência

funcional definitiva total de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste Seguro.

a) Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, serão indenizados exclusivamente os casos de invalidez permanente que seguem:

- a.1) A perda total da visão de ambos os olhos;
- a.2) A perda total do uso de ambos os membros superiores;
- a.3) A perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- a.4) A perda total do uso de ambas as mãos;
- a.5) A perda total do uso de um membro superior e um inferior;
- a.6) A perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- a.7) A perda total do uso de ambos os pés;
- a.8) A alienação mental total incurável.

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

c) O limite para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente será sempre igual ao Capital Segurado contratado.

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

e) A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

e.1) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que se trata esta cobertura.

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



g) Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento da Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro será automaticamente cancelado.

3.3.3 Auxílio Funeral (AUX): Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o reembolso de despesas ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, a critério do beneficiário, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado, seja por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, nas Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais. Conforme disposto no item 5.2, haverá carência para esta cobertura, exceto para eventos decorrentes de acidentes pessoais.

a) A opção pela utilização da prestação de serviço de Auxílio Funeral deve ser feita mediante solicitação expressa do beneficiário.

b) O Beneficiário que optar por utilizar a prestação de serviços de Assistência Funeral, não terá qualquer direito a reembolso posterior.

c) Os Padrões de Serviço disponíveis para contratação são Luxo, Superluxo e Nobre, sendo que o Segurado poderá escolher somente um dos padrões de serviço para contratação, que será ratificado na Proposta de Contratação.

Os Serviços disponíveis estão dispostos abaixo:

o Atendimento Social: Na ocorrência do óbito do Segurado, após a liberação do corpo pelos órgãos competentes e de acordo com os eventos cobertos, a família ou responsável deverá entrar em contato com a Prestadora, que após conferir as informações, comunicará a funerária credenciada ou autorizada no município, para que seja providenciado tudo que for necessário para a execução do funeral. O acompanhamento de um membro da família será solicitado, caso a legislação local exija.

o Transporte de Familiar para a Liberação do Corpo: No caso de falecimento do Segurado fora de seu município de residência e havendo a necessidade de um membro da família para liberação do corpo, a Prestadora fornecerá um meio de transporte mais apropriado, a seu critério. A Prestadora também fornecerá hospedagem em hotel, a seu critério, por um período mínimo necessário para a liberação do corpo, desde que não ultrapasse o limite preestabelecido para a prestação dos serviços de funeral. Qualquer importância monetária que ultrapassar este limite será de responsabilidade da família e/ou responsável pelo Segurado.

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

I. Urna;

- II. Higienização básica e ornamentação do corpo (com -ores da estação);
- III. Coroa de flores da estação;
- IV. Véu;
- V. Paramentos e velas (cavaletes, castiçais e cristo (conforme região) disponibilizados quando necessário e permitido pela família);
- VI. Carro fúnebre para remoção dentro do município;
- VII. Registro em cartório, quando autorizado pela legislação local;
- VIII. Livro de presença (conforme disponibilidade local);
- IX. Locação de sala para velório em capelas municipais ou particulares;
- X. Taxas de sepultamento em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente ou cremação;
- XI. Locação de jazigo (por 3 anos) em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente, quando necessário e disponível na cidade.

Todos os itens acima serão disponibilizados conforme infraestrutura local. Não caberá à Prestadora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou sejam comercializados em determinadas praças. o Cremação: A Prestadora providenciará o traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que exista o serviço de cremação num raio máximo de 100 km (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares.

o Sepultamento: A Prestadora providenciará o sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal ou outro cemitério, na cidade indicada por esta.

o Traslado: No caso de falecimento do Segurado fora de seu município de residência, em território nacional, a Prestadora providenciará o traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de domicílio do Segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.

o Transmissão de Mensagens Urgentes: Na ocorrência do óbito, de acordo com os eventos previstos, a Prestadora poderá transmitir para a família do Segurado ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes sobre o acontecimento.

o Podem ser contratados os seguintes planos (opção no momento da contratação do Seguro).

c.1) Plano Individual: a garantia é exclusiva do Segurado Proponente.

c.2) Plano Casal: a garantia é do Segurado Proponente e extensiva, na condição de Segurado Dependente, ao seu Cônjuge/Companheiro(a).

c.3) Plano Familiar: a garantia é do Segurado Proponente e extensiva, na condição de Segurado Dependente, ao seu Cônjuge/Companheiro(a) e aos seus filhos dependentes, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.

d) Os serviços de Assistência Funeral serão prestados de acordo com o limite de Capital Segurado e o Padrão de Serviço contratado. Na hipótese dos valores excederem o limite de Capital Segurado, a diferença será de responsabilidade dos familiares do Segurado. Riscos Excluídos

3.3.4 Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO): é a cobertura do reembolso das despesas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente. A Seguradora indenizará por evento as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares, incluídas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, até o valor contratado para a referida cobertura.

a) Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

1. Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes; e
2. Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

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

3.3.5 Doenças Graves: A presente cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez em decorrência de diagnóstico de alguma das doenças devidamente especificadas, conforme abaixo:

1) **CÂNCER (NEOPLASIA):** Doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas.



O termo câncer é sinônimo de “neoplasia maligna” e “tumor maligno”. Inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença de Hodgkin e todos os demais cânceres.

Exame histológico: exame realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças.

Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de câncer e desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência do seguro.

2) **INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO:** Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco como consequência de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e se basear na ocorrência concomitante de: histórico de dores torácicas típicas; alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG), e elevação das enzimas cardíacas troponinas e de outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.

Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de infarto agudo do miocárdio e desde que a doença tenha sido diagnosticada no período de vigência do seguro.

3) **ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC):** Doença caracterizada por diminuição ou interrupção aguda do fluxo sanguíneo encefálico que resulte em morte do tecido encefálico e consequente seqüela neurológica definitiva. O quadro deve ser causado pela ruptura de um vaso encefálico com extravasamento de sangue (hemorragia) ou pela obstrução de um vaso encefálico. Inclui-se na garantia o AVC provocado por embolização de vaso encefálico originada de fonte extracraniana.

O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro neurológico típico e exames de imagem como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudo de circulação cerebral.

As seqüelas neurológicas devem ser consideradas definitivas

Embolização de vaso encefálico: processo em que um êmbolo (coágulo, gordura, etc.) é transportado pela corrente sanguínea e termina por obstruir um vaso do encéfalo de calibre menor.

Encéfalo: conjunto formado pelo cérebro e tronco cerebral (bulbo, ponte e cerebelo). Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de AVC, com sequelas neurológicas típicas da doença, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência do seguro.

4) **INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL**: Insuficiência renal terminal é a etapa final de diversas doenças renais, caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou de transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico nefrologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de insuficiência renal terminal, desde que a doença causadora do quadro tenha se manifestado no período de vigência do seguro.

5) **TRANSPLANTE DE ÓRGÃO**: Procedimento cirúrgico em que o segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia para transplante de órgão tenha ocorrido no período de vigência do seguro.

6) **DOENÇA DE ALZHEIMER**: Diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer – demência pré-senil – antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista ou psiquiatra e confirmado por achados típicos nos exames clínicos (testes cognitivos) e de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons), de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas.

Para caracterização desta cobertura, o segurado deve apresentar quadro de demência avançada que demande supervisão e cuidados constantes de terceiros e o invalide definitivamente para vida cível.

Outra maneira de caracterização desta cobertura é a Doença de Alzheimer deixar o segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

- a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro.
- b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa.
- c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene.
- d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano.
- e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino.
- f) Alimentar-se - capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida.

As incapacidades para as atividades da vida diária devem ser simultâneas e clinicamente documentadas para diagnóstico definitivo da doença.

Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer e manifestarem incapacidades para vida cível ou para atividades da vida diária, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência do seguro.

7) DOENÇA (OU MAL) DE PARKINSON: Diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson primária ou idiopática, antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista e confirmado por achados típicos nos exames clínicos, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas.

Para caracterização desta cobertura, a Doença de Parkinson deve resultar em sequelas motoras que restrinjam o segurado ao leito – incapacidade de se levantar sem ajuda externa – e que demandem supervisão e cuidados constantes de terceiros.

Outra maneira de caracterização desta garantia é a Doença de Parkinson deixar o segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

- a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro.
- b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa.
- c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene.
- d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano.

e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino.

f) Alimentar-se – capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida.

A restrição ao leito e as incapacidades para as atividades da vida diária devem ser clinicamente documentadas para confirmação do diagnóstico.

Doença de Parkinson primária ou idiopática: sem causa conhecida.

Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson, com restrição ao leito ou incapacidades para atividades da vida diária, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado e sido diagnosticada no período de vigência do seguro.

**3.3.6 Diárias por Internação Hospitalar (DIH):** é a cobertura que garante o pagamento de uma Diária Segurada ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante da Proposta de Contratação, para cada dia de internação hospitalar do mesmo, em consequência de doença ou de acidente pessoal. Esta cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitados os prazos de carência e de franquia previstos. A contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.

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

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

2. Na falta de indicação do(s) Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a(s) Diária(s) Segurada(s) será(ão) paga(s) por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

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

**3.3.7 Diária por Incapacidade Temporária:** A presente cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, consiste no pagamento de indenização proporcional ao período em que o segurado se encontrar sob tratamento médico que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, a exercer sua profissão ou ocupação, observado o limite contratual máximo por evento. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será

considerada como data do evento, a data do início do tratamento médico. O pagamento da indenização será realizado mensalmente, enquanto permanecer a incapacidade física total e temporária do Segurado, limitado ao número de diárias cobertas.

3.3.8 Desemprego: Consiste no pagamento de indenização, em forma de renda mensal temporária, em decorrência da privação involuntária do segurado ao emprego formal remunerado, comprovado por carteira de trabalho, limitada ao prazo máximo de 12 (doze) mensalidades por evento.

3.3.9 Educacional: A presente cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) educando(s), ainda que representado(s) ou assistido(s), na forma da lei, em razão da ocorrência, com o(s) segurado(s) indicado(s) no certificado individual, dos eventos cobertos, conforme definidos abaixo, visando auxiliar o custeio das despesas com educação, incluindo mensalidades e, opcionalmente ou adicionalmente, outras despesas escolares, facultando-se, ainda, o estabelecimento de um valor a ser pago ao final do 2º ou 3º grau como apoio e incentivo à iniciação profissional.

Quando da contratação de cobertura educacional, a previsão do pagamento do capital segurado de forma única está restrita:

- a) Ao último ano letivo do período contratado;
- b) À ocorrência de invalidez total do educando-segurado;
- c) À concessão de um dote ao final do período de formação; ou
- d) Às despesas escolares do ano de referência.

Os eventos cobertos limitam-se às coberturas abaixo desde que contratadas e especificadas no certificado individual:

- a) Morte do Responsável;
- b) Morte Acidental do Responsável;
- c) Invalidez Permanente Total por Acidente do Responsável;
- d) Desemprego do Responsável.

3.3.10 Cobertura de AUXÍLIO PET (AUXPET): é a cobertura que garante o pagamento de um valor Mensal, ao Segurado ou a tutor substituto indicado pelo segurado na apólice, de acordo com o valor e o período contratado e constante nas Condições Contratuais, em função da impossibilidade contínua e ininterrupta, do segurado estar internado sem condições de cuidar do seu PET, o número máx de meses contratados será de 12 meses.



3.3.11 Bônus por Nascimento de Filho (NAT): é a cobertura que garante que garante o pagamento de um valor, ao Segurado, de acordo com o valor e o período contratado e constante nas Condições Contratuais, em função do nascimento de um filho para auxiliar nas despesas com a criança, o valor pode ser pago em uma vez ou em até 12 meses, começando 30 dias após o aviso e a documentação comprobatória entregue e de acordo.

3.3.12 Cobertura de Despesas Diversas (DD): é a cobertura que garante que garante o pagamento de um valor, ao(s) beneficiário(s), de acordo com o valor e o período contratado e constante nas Condições Contratuais, em função de morte do segurado para auxiliar nas despesas com alimentação, moradia, transporte e outras despesas recorrentes o valor pode ser pago em até 24 meses subsequentes, conforme expressamente contratado na apólice.

3.4 Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

3.4.1 De doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas na Proposta de Contratação, exceto para os casos de contratação da cobertura de Doenças Congênitas dos Filhos (DCF) desde que ainda não diagnosticadas quando da contratação do Seguro;

3.4.2 De ato ilícito doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro; e no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;

3.4.3 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;

3.4.4 De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;

3.4.5 De tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;

3.4.6 De atos terroristas;

3.4.7 Do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura;

3.4.8 De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;

3.4.9 De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

3.4.10 De epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;

3.4.11 De choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto;

3.4.12 Do parto ou aborto e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto; e

3.4.13 De hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.

3.5 Os riscos excluídos não se aplicam aos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

3.6 Além dos riscos mencionados, estão também expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) os eventos ocorridos em consequência:

3.6.1 De qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, Lesão por Trauma Continuado (LTC), 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; e

3.6.2 De perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

---

## 4 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

4.1 As coberturas do Seguro previstas nestas Condições Gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

---

## 5 CARÊNCIA

5.1 O período de carência, será contado a partir do início de vigência da cobertura, sendo estabelecido nas Condições Contratuais, não podendo exceder o prazo de 24 (vinte e quatro) meses.

5.1.1 O período de carência não excederá metade do prazo de vigência da cobertura, prevista na Apólice.

5.2 As coberturas de Morte e Auxílio Funeral (AUX) terão carência de 30 (trinta) dias, cuja contagem será a partir do início de vigência do Seguro, exceto para os casos de acidente.

5.3 As coberturas de Diária por Incapacidade Temporária e Diária por Internação Hospitalar terão carência de 15 (quinze) dias, cuja contagem será a partir do início de vigência do Seguro.

5.4 A cobertura de Doenças Graves possui carência de 90 (noventa) dias, cuja contagem será a partir do início de vigência do Seguro.

5.5 Não haverá a incidência de carência para Indenização Especial de Morte por Acidente, eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir do início de vigência da cobertura.

5.6 O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido nestas Condições Gerais.

---

## 6 FRANQUIA

6.1 Não está previsto o estabelecimento de Franquias para este plano de seguro.

---

## 7 CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1 O Seguro deverá ser contratado mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação pelo Proponente, contendo os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros. A Declaração Pessoal de Saúde e Atividades – DPSA é parte integrante da Proposta de Contratação, ficando a sua dispensa a critério da Seguradora.

7.2 Recebida Proposta de Contratação pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro, seja para seguros novos ou renovações, da



mesma forma para alterações que impliquem modificação do risco. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Contratação por escrito ao Proponente, o Seguro considera-se aceito.

7.2.1 Não serão recepcionadas Propostas de Contratação com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

7.2.2 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise da Proposta de Contratação e/ou Risco.

7.3 A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado e apenas uma vez, solicitar que o Proponente apresente a documentação que achar necessária, laudos médicos e/ou exames médico/laboratoriais e/ou que o Proponente se submeta à realização de exames médico/laboratoriais por profissionais por ela indicados. Nestes casos, o prazo previsto no item 7.2 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.4 A não aceitação da Proposta de Contratação será comunicada ao Proponente por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Contratação.

7.5 Após a aceitação da Proposta de Contratação a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro, em nome do Proponente, com a indicação das coberturas contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao Seguro contratado.

7.6 A celebração ou alteração do Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante Proposta assinada pelo Proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado.

7.6.1 Caberá à Seguradora fornecer ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

7.7 Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de Proposta de Contratação.

7.8 O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

## 8 COBERTURA SUPLEMENTAR PARA SEGURADOS DEPENDENTES

8.1 Quando previsto no Contrato de Seguro, poderão ser incluídos no Seguro, como segurados dependentes, os cônjuges, filhos, pais, mães, sogros e sogras do Segurado.

8.2 Conforme especificado no Contrato de Seguro, a inclusão de dependentes no Seguro será feita por adesão facultativa, ou seja, apenas dependentes dos Segurados que assim o autorizarem.

8.3 Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos segurados, se ao tempo do Contrato de Seguro o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

8.4 Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado.

8.5 O Capital Segurado do cônjuge, dos pais, das mães, dos sogros e das sogras não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado, sendo ratificado no Contrato de Seguro.

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

8.6.1 Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.

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

---

## 9 VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1 A vigência da Apólice será especificada no Contrato de Seguro

9.1.1 O início de vigência Apólice será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Contratação ou de outra data acordada entre a Seguradora e o Proponente, sendo esta ratificada no Contrato de Seguro.

9.1.2 As apólices e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

9.1.3 O presente Seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos do Contrato de Seguro.

9.1.4 A renovação automática do Seguro poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.

a) A Seguradora terá 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a renovação do Seguro ou modificação do risco.

9.1.5 A renovação automática não se aplica para os casos em que o Segurado ou a Seguradora comunique o desinteresse na renovação, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.

9.2 O desinteresse pela renovação da Apólice, ao m do período de vigência, deverá ser comunicado pela Seguradora ou pelo Segurado, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência, salvo disposição contrária constante do Contrato de Seguro.

9.3 Quando da renovação da Apólice ou durante a vigência do Seguro, qualquer modificação ocorrida na Apólice, deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante legal, ratificada pelo correspondente endosso.

a) A Seguradora terá 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a renovação do Seguro ou modificação do risco.

9.4 O Seguro não poderá ser renovado caso a Seguradora tenha suspenso a comercialização do produto e/ou o mesmo tenha sido arquivado perante à SUSEP, desde que seja dada ciência ao Segurado com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência em relação ao final de vigência da Apólice.

---

## 10 PAGAMENTO DO PRÊMIO

10.1 O custeio do Seguro do Seguro será Contributário, em que os segurados pagam 100% do prêmio.

10.2 O prêmio do Seguro poderá ser pago nas formas à vista, mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral e anual, não havendo incidência de juros sobre as mesmas, sendo apurado mediante a simples divisão do prêmio anual pelo número de parcelas acordadas.

10.3 É expressamente vedado à Seguradora o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do Seguro. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

10.4 Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o

recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do Segurado por escrito.

10.5 Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir com feriado bancário ou final de semana, o pagamento poderá ser efetuado, sem atualização e os juros previstos, no primeiro dia útil subsequente.

10.6 Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

10.7 Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez, atualizados pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data do vencimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento, e acrescidos ainda de juros de 4% a.a. (quatro por cento ao ano).

10.7.1 Após dois prêmios, consecutivos ou alternados, devidos e não pagos, o Seguro será cancelado.

10.8 Os tributos incidentes sobre a contratação do Seguro serão recolhidos na forma da Lei.

---

## 11 MODALIDADES DE CAPITAL SEGURADO

11.1 Na contratação do Seguro, a modalidade de Capital Segurado, será a de Livre Escolha ou Variado, que consiste na escolha do Capital Segurado pelo Proponente no ato da assinatura da Proposta de Contratação.

---

## 12 ATUALIZAÇÃO DO(S) CAPITAL(IS) SEGURADO(S) E PRÊMIO(S)

12.1 O(s) Capital(is) Segurado(s) e o(s) prêmio(s) será(ão) atualizado(s) a cada aniversário do Seguro com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

12.2 Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao

Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

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

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

12.5 Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) até a data de ocorrência do sinistro, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

---

### 13 REENQUADRAMENTO TARIFÁRIO ANUAL DO PRÊMIO

13.1 O Prêmio e respectiva periodicidade de pagamento estipulados na data de Início de Vigência do Seguro estarão estabelecidos na Proposta de Contratação, sujeitos as alterações decorrentes da mudança de idade de cada Segurado.

13.2 O Prêmio estabelecido na Proposta de Contratação sofrerá acréscimo, anualmente, em decorrência da mudança de idade do Segurado e consequente aumento de Risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do seguro, na forma da lei.

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

13.4 Para as coberturas de Morte, Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Auxílio Funeral (AUX), após o segurado completar 70 (setenta) anos de idade, o percentual de reajuste será fixado em 10% (dez por cento) ao ano sobre o valor do prêmio mensal das referidas coberturas.

13.5 A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não sofrerá reajuste em decorrência da mudança de idade do Segurado.

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

## 14 RECÁLCULO DA (S) TAXA(S) DO SEGURO

14.1 A Seguradora efetuará avaliações anuais da taxa utilizada para o cálculo do prêmio deste produto, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência do Seguro e nos prêmios efetivamente recebidos.

14.1.1 Havendo necessidade de ajustes, as taxas reajustadas serão aplicadas a partir da data de aniversário do Seguro, desde que comunicado com aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência do mesmo.

---

## 15 DATA DO EVENTO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

15.1 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

15.1.1 Na Cobertura Morte, na Cobertura Adicional de Auxílio Funeral (AUX) a data do falecimento;

15.1.2 Nas Coberturas Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), a data do acidente;

15.1.3 Na Cobertura Diária por Incapacidade Temporária (DIT), a data do início do tratamento;

15.1.4 Na Cobertura Doenças Graves (DG), a data do diagnóstico positivo da doença grave coberta;

15.1.5 Na Cobertura Diárias de Internação Hospitalar (DIH), a data da internação que deu origem ao sinistro;

15.1.6 Na Cobertura Desemprego, a data da dispensa sem justa causa que deu origem ao sinistro.

15.2 As regras de reintegração do Capital Segurado das coberturas estão determinadas abaixo:

15.2.1 Em caso de invalidez permanente total por acidente, não haverá reintegração do Capital Segurado relativo à cobertura adicional de Invalidez Permanente Total Por Acidente (IPTA), e o Seguro será automaticamente cancelado.



## 16 BENEFICIÁRIO(S)

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

16.1.1 O Beneficiário dos Segurados dependentes será o Segurado titular, exceto se houver, por parte do dependente, indicação expressa na proposta de contratação ou solicitação formal preenchida e assinada pelo Segurado dependente.

16.1.2 Na falta de indicação de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

16.1.3 Na falta de indicação de beneficiários será observada a gradação legal.

16.1.4 Uma pessoa jurídica só poderá ser Beneficiário do Seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

16.2 No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) o próprio Segurado será o Beneficiário.

16.3 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), serão pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

16.4 Para a cobertura de Auxílio Funeral (AUX), quando o(s) Beneficiário(s) optar(em) pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, a Seguradora, por não ser especialista na execução e prestação do Serviço de Assistência Funeral, providenciará os mesmos através de terceiros, mediante convênio ou de tratativas caso a caso.

---

## 17 COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

17.1 Em caso de sinistro, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados nesta condição geral.

17.2 Na cobertura de Auxílio Funeral (AUX), tendo sido feita opção pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, o(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito ao reembolso de despesas com funeral.

17.3 O prazo para pagamento da indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega, pelo Segurado ou Beneficiário, da documentação básica necessária para a regulação do sinistro.

17.3.1 Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar nova documentação. Neste caso, a contagem do prazo para o pagamento da indenização será suspensa e voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências solicitadas.

17.4 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

17.4.1 Em caso de morte não decorrente de acidente pessoal:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo seu preposto/Beneficiário;

b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;

c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

d) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e do mês de ocorrência do sinistro;

e) Cópia do Comprovante de Residência do Segurado;

f) Documentos do(s) Beneficiário(s):

f.1) Cópia do comprovante de residência do Beneficiário, independentemente de qual seja o beneficiário descrito nos itens abaixo;

f.2) Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada com a averbação do óbito, Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento;

f.3) Companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento, Formulário de autorização de pagamento;

f.4) Filhos: Certidão de Nascimento ou cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência, Formulário de autorização de pagamento;

f.5) Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento;

f.6) Beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito;

f.7) Declaração de únicos Herdeiros: Caso o Segurado não tenha indicado seus beneficiários, em conjunto com a documentação de regulação de sinistros, deverá ser



encaminhada a declaração de únicos herdeiros juntamente com a documentação dos respectivos beneficiários;

f.8) Na ausência de beneficiários indicados e se houver filhos, Declaração de filhos firmada em cartório e assinada por duas testemunhas, informando quantos e quais são os filhos do segurado, se os filhos forem beneficiários.

17.4.2 Em caso de morte acidental:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo seu preposto/Beneficiário;

b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;

c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

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

f) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;

g) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

h) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e do mês de ocorrência do sinistro;

i) Declaração de filhos firmada em cartório e assinada por duas testemunhas, informando quantos e quais são os filhos do segurado, se os filhos forem beneficiários;

j) Cópia do Comprovante de Residência do Segurado;

k) Documentos do(s) Beneficiário(s):

k.1) Cópia do comprovante de residência do Beneficiário, independentemente de qual seja o beneficiário descrito nos itens abaixo;

k.2) Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada com a averbação do óbito, Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento;

k.3) Companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento, Formulário de autorização de pagamento;

k.4) Filhos: Certidão de nascimento ou cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e Formulário de autorização de pagamento;

k.5) Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização e pagamento; e

k.6) Beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito.

k.7) Declaração de únicos Herdeiros: Caso o Segurado não tenha indicado seus beneficiários, em conjunto com a documentação de regulação de sinistros, deverá ser encaminhada a declaração de únicos herdeiros juntamente com a documentação dos respectivos beneficiários.

17.4.3 Se contratada a cobertura de Auxílio Funeral (AUX), será necessária a apresentação adicional dos seguintes documentos:

18.5.3.1 Reembolso de Despesas com Funeral:

a) Originais dos comprovantes das despesas com funeral.

b) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com funeral.

b.1) Se o custeador for Pessoa Jurídica encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidades e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social, em caso de termo de Cessão à empresa.

18.5.3.2 Reembolso de Despesas com Compra de Jazigo:

a) Cópia do Contrato de compra do jazigo.

b) Originais dos comprovantes das despesas com aquisição do jazigo.

c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do responsável pela compra do jazigo.

18.5.3.3 Reembolso de Despesas Repatriamento do Corpo:

a) Cópia autenticada do documento oficial comprobatório do repatriamento do corpo.

b) Originais dos comprovantes das despesas com o repatriamento do corpo.

c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com funeral.

c.1) Se o custeador for Pessoa Jurídica encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidades e CPF dos

administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social, em caso de termo de Cessão à empresa.

18.5.3.4 Para menores de 14 anos, somente está previsto o reembolso de despesas com funeral não estando previsto o reembolso de despesas com compra de jazigo ou repatriamento do corpo.

17.4.4 Em caso de invalidez permanente total por acidente:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- f) Cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;
- g) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- h) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e do mês de ocorrência do sinistro;
- i) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- j) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

17.4.5 Diárias por Internação Hospitalar:

- a) Aviso de Sinistro;
- b) Documento de Identificação do Segurado;
- c) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

17.4.6 Diárias por Incapacidade Temporária:

- a) Aviso de Sinistro;
- b) Documento de Identificação do Segurado;
- c) Exames realizados que comprovem a incapacidade temporária e atestado médico confirmando o afastamento profissional;

d) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese de sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;

e) Boletim de ocorrência policial, se for o caso;

f) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser: última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento de Autônomo, ou Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data da ocorrência do sinistro, do pagamento do INSS, acrescido do documento que comprove a atividade.

#### 17.4.7 Doenças Graves:

a) Aviso de sinistro;

b) Documento de identificação do segurado;

c) Exame laboratorial que diagnosticou a doença e relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas que possibilitem o enquadramento do diagnóstico e estágio da patologia de que o segurado é portador nos critérios de indenização previstos para a cobertura pleiteada;

#### 17.4.8 Desemprego:

a) Aviso de sinistro;

b) Documento de identificação do segurado;

c) Comprovação mensal da perda de renda: A prova do desemprego é a cópia da Carteira de Trabalho devidamente atualizada (carimbo com CNPJ da empresa empregadora com assinatura e data), autenticada em cartório devidamente datada, dentro do mês do benefício ao final de cada mês de desemprego.

#### 17.4.9 Educacional:

a) Aviso de sinistro;

b) Documento de identificação do segurado;

c) Declaração do Estabelecimento de ensino contendo o valor da mensalidade, contrato da matrícula, e documentos correspondentes aos eventos cobertos vinculados.

#### 17.4.10 Despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas:

a) Aviso de Sinistro;

b) Documento de Identificação do Segurado

c) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;

d) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;

e) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;

f) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

17.5 Em caso de sinistro ocorrido em até 30 (trinta) dias do 2º (segundo) prêmio não pago, o Capital Segurado será pago deduzido dos prêmios devidos.

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

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

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

17.8 O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

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

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

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

17.11.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Sociedade Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

17.11.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Sociedade Seguradora.

17.11.3 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.

17.12 As indenizações das coberturas de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Morte, Auxílio Funeral (AUX), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) serão pagas sob a forma de pagamento único.

17.13 As demais coberturas poderão ser pagas em pagamento único ou em pagamentos mensais, conforme contratado.

17.14 As indenizações podem ser pagas em espécie, por Ted, Pix, Cartões Pré-pagos ou outro arranjo de pagamento aprovado pelo Banco Central, sempre em nome do Segurado ou Beneficiário, conforme a cobertura e devidamente explicitado na contratação do Seguro.

---

## 18 PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

18.1 Quando contratada a cobertura de Auxílio Funeral os serviços garantidos por este Seguro serão prestados dentro das normas legais e regulamentares de cada município onde se realizarem.

18.1.1 Ressalta-se que a boa execução dos serviços dependerá, também, da colaboração dos familiares do Segurado, os quais deverão acionar imediatamente o serviço de Assistência 24h, na eventualidade do óbito do Segurado, dispondo-se a acompanhar a pessoa indicada para providenciar o funeral, junto aos órgãos e repartições públicas, sempre que for necessário.

18.2 Ao se acionar o serviço de Assistência 24h, deverá ser informado o nome do Segurado falecido e o número da Apólice correspondente.

18.3 Quando houver opção pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, não haverá, em hipótese alguma, pagamento de capital segurado ao(s) Beneficiário(s).

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

18.4.1 Aquisição de jazigo ou carneiro;

18.4.2 Cremação, em caso de falecimento, para Segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço;

18.4.3 Despesas extras ou não previstas no padrão de serviço contratado;

18.4.4 Pedidos de assistência funeral anterior ao início de vigência do Seguro;

18.4.5 Exumação de corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;

18.4.6 Custos de manutenção do jazigo;

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



## 19 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

19.1 O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do(s) prêmio(s) vencido(s), caso haja por parte dos mesmos, seus prepostos, seu(s) corretor(es) de seguro ou seu(s) Beneficiário(s):

19.1.1 Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Contratação que tenham influenciado na aceitação do Seguro;

19.1.2 Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações que tenham influenciado no valor do prêmio;

19.1.3 Inobservância das obrigações convencionadas na Apólice;

19.1.4 Fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências; e/ou

19.1.5 Se houver, intencionalmente, o agravo do risco Segurado.

19.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade seguradora poderá:

19.2.1 Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

19.2.2 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

a) 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

b) 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.

19.2.3 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

19.3 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o 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.

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

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

19.4 Nulo será o Contrato de Seguro para cobertura de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.

19.5 O(s) Beneficiário(s) não terão direito ao Capital Segurado quando o Segurado se suicidar nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial da cobertura.

---

## 20 CANCELAMENTO DO SEGURO

20.1 Nas formas de pagamento mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral e semestral, em caso de inadimplência por falta de pagamento de 2 (dois) prêmios, consecutivos ou alternados, o Seguro será cancelado 30 (trinta) dias após da data do vencimento do segundo prêmio não pago.

20.1.1 A Seguradora notificará o Segurado, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

20.2 Caso não haja o pagamento do primeiro prêmio, ou ainda, caso não sejam pagos os prêmios de pagamento anual ou à vista, a contratação do seguro não estará concretizada, não existindo qualquer tipo de cobertura securitária, em momento algum.

20.3 Mediante acordo entre as partes contratantes, a Seguradora ou o Segurado, poderá solicitar o cancelamento da Apólice mediante manifestação formal em até 60 (sessenta) dias da data de aniversário da mesma.

20.4 No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa tanto da Seguradora quanto do Segurado e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo de vigência decorrido.



20.5 O Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

---

## 21 CESSAÇÃO DA COBERTURA

21.1 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

21.2 O prazo de vigência da cobertura pode ser abreviado em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não renovação, desde que não haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice.

21.2.1 Caso haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice, será mantida a cobertura de tais riscos até a extinção dos mesmos, contudo não será aceito o recebimento de novos prêmios para novos períodos de vigência.

21.3 A cobertura cessa quando da ocorrência de sinistro vinculado às coberturas de Morte.

21.4 A cobertura cessa quando do pagamento de sinistro vinculado à cobertura Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), quando avaliada em um grau de 100% (cem por cento).

21.5 Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda:

21.5.1 Quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

21.6 Além das situações mencionadas, a cobertura de cada Segurado Dependente cessa:

21.6.1 Se for cancelada a cobertura do Segurado Dependente;

21.6.2 Com a morte ou a invalidez total por acidente ou por doença do Segurado Principal;

21.6.3 No caso de cessação da condição de Dependente; ou 21.6.4 A pedido do Segurado Principal.

---

## 22 REGIME FINANCEIRO

22.1 Tendo em vista que o presente Seguro é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios para os Segurados.

---

## 23 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

23.1 A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições da Apólice e as normas do Seguro.

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

---

## 24 MORA

24.1 A mora da Seguradora constituir-se-á, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável, a partir do término do prazo para a regulação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, a partir do 10º (décimo) dia em que se tornar exigível.

24.1.1 Em caso da devolução de prêmio em decorrência do cancelamento do Seguro, considera-se como data de exigibilidade a data de solicitação do cancelamento ou, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora, a data do efetivo cancelamento.

24.2 Em caso de mora, a taxa de juros aplicável corresponderá a 4% a.a. (quatro por cento ao ano), vedada a aplicação de taxa superior, sendo efetuada, ainda, a atualização do Capital Segurado pela variação positiva do INPC/IBGE, considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

24.2.1 Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios,

o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

25 FORO

25.1 O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

**TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ  
PERMANENTE**

Inval Perm	Discriminação	% sobre CS	Discriminação	% sobre CS
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 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 incurável	100
Parcial Diversas	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 tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70	Perda total de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Ancilose total de um dos ombros	25	Ancilose total de um dos cotovelos	25
	Ancilose 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	09

	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	09	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo		
Parcial 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	
	Ancilose total de um dos joelhos	20	Ancilose total de um dos tornozelos	20	
	Ancilose 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 1° (primeiro) dedo	10	Amputação de qualquer outro dedo	03	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:		Perda total do uso de uma falange do 1° Dedo, indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo		
	De 5 (cinco) centímetros ou mais	15			
	De 4 (quatro) centímetros ou mais	10			
	De 3 (três) centímetros	06			
Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização					