



azos



**EXCELSIOR
SEGUROS**
DESDE 1943

CONDIÇÕES GERAIS

v.mar.2021

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO

EXCELSIOR AZOS – PESSOAS INDIVIDUAL

CLÁUSULA 1 – INFORMAÇÕES PRELIMINARES	5
CLÁUSULA 2 – OBJETIVO DO SEGURO	5
CLÁUSULA 3 – DEFINIÇÕES	5
CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO	9
CLÁUSULA 5 – COBERTURAS	10
CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS	10
CLÁUSULA 7 – CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO	11
CLÁUSULA 8 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	12
CLÁUSULA 9 – PAGAMENTO DO PRÊMIO	13
CLÁUSULA 10 – PERÍODO DE TOLERÂNCIA	13
CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS	14
CLÁUSULA 12 – CAPITAL SEGURADO	15
CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS	15
CLÁUSULA 14 – REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE	15
CLÁUSULA 15 – CARÊNCIA	16
CLÁUSULA 16 – FRANQUIA	16
CLÁUSULA 17 – INDENIZAÇÃO	16
CLÁUSULA 18 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS	16
CLÁUSULA 19 – RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO	17
CLÁUSULA 20 – PERDA DE DIREITO	18
CLÁUSULA 21 – PRESCRIÇÃO	19
CLÁUSULA 22 – FORO	19
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)	20
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS	20

CLÁUSULA 2 – RISCOS EXCLUÍDOS	20
CLÁUSULA 3 – CAPITAL SEGURADO	20
CLÁUSULA 4 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	20
CLÁUSULA 5 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS	21
CLÁUSULA 6 – RATIFICAÇÃO	22
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	20
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS	20
CLÁUSULA 2 – RISCOS EXCLUÍDOS	22
CLÁUSULA 3 – CAPITAL SEGURADO	22
CLÁUSULA 4 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	23
CLÁUSULA 5 – JUNTA MÉDICA	23
CLÁUSULA 6 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS	23
CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO	24
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	25
CLÁUSULA 1 – DEFINIÇÕES DE TERMOS UTILIZADOS NA COBERTURA DE IFPD	25
CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS	27
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS	29
CLÁUSULA 4 – CAPITAL SEGURADO	29
CLÁUSULA 5 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	30
CLÁUSULA 6 – JUNTA MÉDICA	31
CLÁUSULA 7 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS	32
CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO	32
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DOENÇAS GRAVES (DG)	35
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS	35
CLÁUSULA 2 – RISCOS EXCLUÍDOS	37
CLÁUSULA 3 – CAPITAL SEGURADO	38
CLÁUSULA 4 – CARÊNCIA	38
CLÁUSULA 5 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	39

CLÁUSULA 6 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS	40
CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO	42
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (AF)	43
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS	43
CLÁUSULA 2 – RISCOS EXCLUÍDOS	45
CLÁUSULA 3 – CAPITAL SEGURADO	45
CLÁUSULA 4 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE	45
CLÁUSULA 5 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS	46
CLÁUSULA 6 – CONCORRÊNCIA DE APÓLICES	47
CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO	48

CLÁUSULA 1 – INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. Estas são as Condições Gerais do Plano AZOS EXCELSIOR – PESSOAS INDIVIDUAL, nome fantasia, do Ramo Principal 1391 – Vida; este Plano é regido pelas disposições contidas nestas Condições.
- 1.2. Este plano destina-se à cobertura de segurados individuais.
- 1.3. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.
- 1.4. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 1.5. 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.
- 1.6. Todos os valores constantes dos documentos relativos a este plano de seguro serão expressos em moeda corrente nacional.
- 1.7. Este plano está estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não permite a concessão de resgate, saldamento ou devolução e de prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário, uma vez que cada Prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período da Cobertura.
- 1.8. Em caso de inclusão de menores de 14 anos, é permitido exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.

CLÁUSULA 2 – OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garantir o pagamento de indenização ao Segurado ou ao beneficiário pela ocorrência dos riscos especificados como cobertos, de acordo com as coberturas e limites dos Capitais Segurados contratados, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e das demais Condições Contratuais.**

CLÁUSULA 3 - DEFINIÇÕES

- 3.1. **ACIDENTE PESSOAL** – 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:

3.1.1. 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 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 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.

3.1.2. Excluem-se do conceito de acidente pessoal:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas**

- causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
 - c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
 - 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, definido no item 3.1 desta Cláusula.**

3.2. **APÓLICE** – Documento emitido pela Seguradora formalizando o Contrato de Seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da Seguradora e do Segurado e discriminando as coberturas contratadas.

3.3. **AVISO DE SINISTRO** – Obrigação do Segurado ou do Beneficiário, visando acautelar seus interesses, de comunicar a ocorrência de sinistro garantido pela apólice, à Seguradora, para que esta inicie seu processo de regulação.

3.4. **ATO ILÍCITO** – Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

3.5. **BENEFICIÁRIO** – Pessoa física ou jurídica designada para receber a

indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

- 3.6. **CAPITAL SEGURADO** – Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.
- 3.7. **CARÊNCIA** – Período de tempo ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 3.8. **COBERTURA** – Proteção contra determinado risco, contratada pelo Segurado, de acordo com as condições da Apólice.
- 3.9. **CONDIÇÕES CONTRATUAIS** – Conjunto das disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais e da Apólice.
- 3.10. **CONDIÇÕES ESPECIAIS** – É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 3.11. **CONDIÇÕES GERAIS** – Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.
- 3.12. **DATA DE EXIGIBILIDADE** – Data a partir da qual incide atualização de valores a serem pagos como indenização, reembolso de despesas cobertas e recebimento ou devolução de prêmios, conforme previsto nestas condições.
- 3.13. **DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE** – Documento formal integrante da Proposta de Contratação em que o proponente ou Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde na data de contratação

do seguro.

- 3.14. **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES** - São aquelas, inclusive as congênitas, que o Segurado sabia ser portador ou sofredor à época da contratação do seguro e não declaradas na Proposta de Contratação.
- 3.15. **EMOLUMENTOS** - Conjunto de despesas adicionais que a Seguradora cobra do Segurado, correspondente às parcelas de impostos e outros encargos a que está sujeito o seguro.
- 3.16. **ENDOSSO** - Documento, emitido pela Seguradora, que altera as Condições Contratuais, mediante acordo entre as partes.
- 3.17. **FRANQUIA** - Período contínuo de tempo, determinado na apólice, contado a partir da data do sinistro, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.
- 3.18. **INDENIZAÇÃO** - Valor a ser pago pela Seguradora no caso de ocorrência de sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.
- 3.19. **INÍCIO DE VIGÊNCIA** - Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- 3.20. **JURO DE MORA** - Encargo financeiro por atraso no pagamento ou recebimento de algum valor, após a aplicação do índice de atualização de valores monetários.
- 3.21. **LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO** - Ato final do processo de regulação do sinistro que consiste no pagamento ou não pagamento de indenização ao Beneficiário.
- 3.22. **MÉDICO ASSISTENTE** - Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que esteja assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. 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.

- 3.23. **PRÊMIO** – Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 3.24. **PRÊMIO LÍQUIDO** – Valor do Prêmio sem os emolumentos.
- 3.25. **PRESCRIÇÃO** – Perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido reclamando um interesse, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.
- 3.26. **PROPONENTE** – Interessado em contratar a cobertura (ou coberturas).
- 3.27. **PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO** – Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar o seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais.
- 3.28. **"PRO RATA TEMPORIS"** – Cálculo cujo resultado é proporcional ao tempo decorrido. Nos contratos de seguro, diz-se do prêmio quando é calculado proporcionalmente aos dias já decorridos do contrato.
- 3.29. **REGULAÇÃO DE SINISTRO** – Procedimento técnico-administrativo promovido pela Seguradora que se inicia com o aviso de sinistro e que tem o objetivo de constatar o evento reclamado, apurar a cobertura em relação à apólice contratada, avaliar a extensão do prejuízo decorrente e que se conclui com a definição acerca do pagamento ou não da indenização.
- 3.30. **RISCO** – Acontecimento possível, futuro e incerto, que independe da vontade das partes contratantes e cuja ocorrência obriga a Seguradora a pagar a indenização devida, desde que não se classifique como risco excluído, respeitadas as Condições Contratuais.

- 3.31. **RISCO COBERTO** – É o risco previsto no plano de seguro que caracterizará a indenização.
- 3.32. **RISCO EXCLUÍDOS** – São aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano.
- 3.33. **SEGURADO** – Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 3.34. **SEGURADORA** – Companhia Excelsior de Seguros, Seguradora autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil.
- 3.35. **SINISTRO** – Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.
- 3.36. **SUSEP** – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de seguros no Brasil.
- 3.37. **VIGÊNCIA** – Intervalo de tempo durante o qual o contrato de seguro está em vigor.

CLÁUSULA 4 - ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 4.1. As disposições deste seguro aplicam-se aos sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.
- 4.2. As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

CLÁUSULA 5 – COBERTURAS

- 5.1. Consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convencionados nas Condições Especiais das coberturas abaixo, **desde que tenham sido efetivamente contratadas e ratificadas na Apólice:**
- a) Morte (M);
 - b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);

- c) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Antecipação;
- d) Doenças Graves (DG);
- e) Assistência Funeral (AF).

5.2. As coberturas deste plano poderão ser contratadas isoladamente, exceto a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), e a contratação deve ser ratificada em cada Apólice com a indicação dos respectivos Capitais Segurados.

5.3. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Antecipação só poderá ser concedida se a apólice também garantir a cobertura de Morte (M).

CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos da cobertura deste seguro os eventos decorrentes, direta ou indiretamente, de:

- a) Doenças ou lesões pré-existentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado no momento da contratação e não declaradas na Proposta de Contratação;**
- b) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- c) Suicídio ou sua tentativa, quando ocorrido nos dois primeiros anos de vigência do risco individual ou nos dois primeiros anos da data do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento;**
- d) Epidemias, Endemias e pandemias declaradas por órgão competente;**
- e) Ato reconhecidamente perigoso, ressalvado quando for por ato de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado, prestação de serviço militar e prática de esporte;**
- f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;**

- g) **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;**
- h) **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, ressalvados quando se tratar de Segurado militar e em exercício de suas funções e atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- i) **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- j) **Ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente; e**
- k) **Do Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.**

CLÁUSULA 7 – CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. A contratação ou alteração do seguro será feita mediante Proposta de Contratação assinada pelo proponente, por seu representante ou por corretor de seguros habilitado, e entregue, sob protocolo, à Seguradora.,
 - 7.1.1. A Proposta de Contratação também poderá ser formalizada por meio de login e senha, necessariamente pré-cadastrados pelo proponente/representante legal em ambiente seguro.
- 7.2. A aceitação do proponente estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.**
- 7.3. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da data de recepção da proposta, para aceitá-la ou não, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.**

7.4. A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta poderá ocorrer apenas uma vez, desde que a Seguradora fundamente o pedido, hipótese em que o prazo de 15 (quinze) dias mencionado no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que a Seguradora receber os documentos.

7.5. Em caso de aceitação de proposta recepcionada sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data indicada na proposta, ou, na falta desta, a data de recebimento da mesma pela Seguradora.

7.6. As propostas recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento, parcial ou total, do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de protocolo da proposta na Seguradora.

7.7. Na hipótese de não aceitação da proposta de seguro, a Seguradora procederá à comunicação formal com a justificativa da recusa.

7.8. Em caso de não aceitação de proposta em que tenha havido adiantamento de valor para pagamento parcial ou total do prêmio, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data de formalização da recusa. O valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa e será restituído ao proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

7.9. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

7.10. A critério da Seguradora, poderá ser exigida a Declaração Pessoal de Saúde (DPS) do proponente, quando da contratação do seguro.

CLÁUSULA 8 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1 A vigência do seguro será estipulada na Proposta de Contratação e

especificado na Apólice de Seguro.

8.1.1. O seguro poderá ser cancelado de acordo com a CLÁUSULA 19 - RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO.

8.1.2. A vigência da cobertura de Doenças Graves terminará no primeiro dia posterior à data em que o segurado completar 70 anos de idade.

8.2. A apólice e os endossos terão seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

8.3. A Seguradora emitirá e enviará a Apólice de todos os Segurados no início e a cada renovação do seguro.

8.4. A renovação poderá ocorrer de forma automática uma única vez, nos termos da Lei, salvo se a Seguradora ou o Segurado, manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

8.5. A partir da segunda, as renovações do seguro deverão ser feitas de forma expressa, servindo-se a Seguradora ou o Segurado de meio que demonstre sua vontade em renovar o Seguro.

8.5.1. A manifestação se tornará sem efeito, caso a Seguradora se manifeste com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação ao término de vigência da apólice, informando a não aceitação da renovação do seguro.

8.6. Na renovação do seguro não haverá necessidade de nova avaliação das condições de saúde e atividade do proponente para permanência no seguro.

8.7. Qualquer alteração nas Condições Contratuais deste seguro será realizada por endosso à apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante.

CLÁUSULA 9 – PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 9.1. O pagamento dos prêmios é de responsabilidade do Segurado.
- 9.2. Os prêmios serão calculados com base nas taxas e critérios constantes da Proposta de Contratação, Apólice e Condições Especiais.
- 9.3. O pagamento do prêmio será efetuado conforme opção indicada na Proposta de Contratação, podendo ser mensal ou anual.
- 9.4. Para garantir seu direito à cobertura, o Segurado deverá efetuar o pagamento dos prêmios à Seguradora até a data acordada.**
- 9.5. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário.
- 9.6. A falta de pagamento da primeira fatura, implicará no cancelamento da apólice.**
- 9.7. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que este tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, podendo, quando for o caso, haver o abatimento do prêmio na indenização.

CLÁUSULA 10 – PERÍODO DE TOLERÂNCIA

- 10.1. Não havendo a quitação da fatura até a data do vencimento, haverá tolerância de até 90 (noventa) dias do vencimento, para regularização dos prêmios em atraso, sem suspensão das coberturas.
- 10.2. Decorridos 90 (noventa) dias contados da data de vencimento sem que o prêmio tenha sido quitado, a apólice será automaticamente e de pleno direito cancelada, a partir do 91º (nonagésimo primeiro) dia de vencimento da fatura em atraso, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba qualquer**

restituição de prêmio anterior, ficando o Segurado obrigado ao pagamento dos prêmios vencidos relativos ao período de cobertura.

CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS

- 11.1. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Antecipação e Doenças Graves (DG), o Beneficiário será sempre o próprio Segurado principal.
- 11.2. No caso da cobertura de Assistência Funeral (AF) será a pessoa física ou jurídica que, mediante apresentação de comprovantes originais, tiver realizado o pagamento das despesas com o funeral, observado o Capital Segurado.
- 11.3. Para a cobertura de Morte, os beneficiários do seguro serão designados livremente pelo Segurado, ressalvadas as restrições legais, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.
- 11.4. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro.
- 11.5. Quando for designado mais de um Beneficiário, o Segurado deverá indicar o percentual da Indenização destinado a cada um deles. Na ausência de distribuição, o pagamento da Indenização será realizado de forma proporcional ao número de Beneficiários.
- 11.6. Caso um ou mais Beneficiários venham a falecer antes do Segurado, o Capital Segurado será redistribuído entre os remanescentes em partes proporcionais, observando o percentual indicado de participação de cada um.
- 11.7. Não pode ser instituído Beneficiário pessoa que for legalmente inibida

de receber a doação do Segurado.

- 11.8. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 11.9. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.**
- 11.10. Na falta das pessoas indicadas neste item, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 11.11. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

CLÁUSULA 12 – CAPITAL SEGURADO

- 12.1. O Capital Segurado, por cobertura, será indicado na Apólice e representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora em caso de sinistro coberto.
- 12.2. A data do evento a ser considerada para determinação do Capital Segurado vigente na data do sinistro está estabelecida nas Condições Especiais das respectivas coberturas contratadas.

CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

- 13.1. O valor do Capital Segurado e dos Prêmios do Seguro serão corrigidos anualmente com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), na hipótese de extinção do índice definido nesta cláusula, será adotado o IGPM/FGV (Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas).

13.2. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores definido nos itens anteriores, a Seguradora adotará os procedimentos determinados pela legislação pertinente ou pelos órgãos públicos competentes.

13.3. Quando houver pagamento de prêmio anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados até a data de ocorrência do evento coberto, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

13.4. Os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data de aniversário da contratação, com base na variação positiva acumulada nos últimos 12 (doze) meses que antecedem o 2º (segundo) mês anterior ao aniversário do seguro.

a) Exemplo:

Início de vigência: mês de Janeiro/2021

Mês de atualização monetária: mês de Janeiro/2022

IPCA acumulado (12 meses) do período de 01 de Novembro/2020 a 31 de Outubro/2021

CLÁUSULA 14 – REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE

14.1. O Prêmio mensal estipulado na data de início de vigência do seguro será aquele estabelecido na Proposta de Contratação, sujeito as alterações decorrentes da mudança de idade de cada Segurado.

14.2. O prêmio sofrerá acréscimo, anualmente, na data de aniversário da contratação, em decorrência da mudança de idade do Segurado e conseqüentemente aumento de Risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do seguro, na forma da lei.

14.3. A nova taxa será aplicada juntamente com a atualização do capital segurado.

14.4. Os percentuais de reajuste serão aplicados de acordo com o critério estabelecido nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

CLÁUSULA 15 – CARÊNCIA

15.1. A existência de carência está estabelecida nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

CLÁUSULA 16 – FRANQUIA

16.1. A existência de franquia está estabelecida nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

CLÁUSULA 17 – INDENIZAÇÃO

17.1. As indenizações deste seguro serão pagas no Brasil e em moeda nacional.

17.2. Caracterizado o sinistro, a Seguradora efetuará a indenização em parcela única, até o limite do Capital Segurado contratado, obedecendo à demais Condições Contratuais.

CLÁUSULA 18 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

18.1. Ocorrido o sinistro, cabe ao Segurado, ao seu Representante ou ao seu Beneficiário:

- a) dar imediato aviso à Seguradora, por qualquer meio disponível, e comprovar satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como relatar-lhe todas as circunstâncias relacionadas ao evento;
- b) prestar assistência à Seguradora, sempre que esta queira adotar medidas tendentes à elucidação de circunstâncias ou fatos ligados

- ao sinistro; e
- c) entregar à Seguradora os documentos necessários à liquidação do sinistro, conforme descritos nas Condições Especiais das coberturas contratadas.
- 18.2. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 18.3. Os atos ou providências que a Seguradora praticar após o sinistro, não importam, por si, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização reclamada.
- 18.4. Em caso de reembolso de despesas com sinistros cobertos, efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução de documentos ficarão totalmente a cargo da Seguradora.
- 18.5. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo beneficiário, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos destas Condições Gerais, quando aplicável.
- 18.6. A indenização devida por este seguro será paga no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação e informações ou esclarecimentos solicitados, que comprovem a ocorrência do sinistro.
- 18.7. Na hipótese de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar outros documentos e informações ou esclarecimentos complementares. Nesse caso, a contagem do prazo mencionado no item anterior ficará suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

18.8. Se o pagamento do Capital Segurado ocorrer após o prazo de 30 (trinta) estipulado para a liquidação do Sinistro, será aplicada, desde a data do evento, correção monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IGPM/FGV (Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado anteriormente à data de sua efetiva liquidação, mais juros de mora de 6% (seis por cento) ao ano.

CLÁUSULA 19 - RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. Este seguro será rescindido ou cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, por falta de pagamento do prêmio ou descumprimento de quaisquer outras obrigações previstas nas Condições Contratuais e/ou nos termos da CLÁUSULA 20 - PERDA DE DIREITO, destas Condições Gerais.

19.2. O segurado será cancelado ainda:

- a) A ocorrência da morte do segurado;**
- b) Com recebimento de 100% (cem por cento) do capital correspondente a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.**
- c) Com o recebimento de 100% (cem por cento) do capital correspondente a cobertura Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença;**
- d) Quando o Segurado solicitar o cancelamento.**

19.3. A cobertura de Doenças Graves se extingue com o pagamento do Capital Segurado referente ao diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nas Condições Especiais da cobertura.

CLÁUSULA 20 – PERDA DE DIREITO

20.1. Ocorrerá a perda de direito à indenização por este seguro se:

20.1.1. Agravar intencionalmente o Risco.

20.1.2. Fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências; dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;

20.1.3. Não fornecimento da documentação solicitada.

20.1.4. O Segurado, seu representante ou seu Corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, estando o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

I – 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.

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

c) 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

d) 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.

III – 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.

20.2. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, 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.

20.2.1. Devido à estrutura técnica deste Seguro, a Seguradora não utilizará essa informação para alterar direitos e deveres ora previstos nas Condições Gerais e Especiais, incluindo a decisão de cancelar o seguro ou mesmo restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio.

CLÁUSULA 21 – PRESCRIÇÃO

21.1. Decorridos os prazos determinados em lei, opera-se a prescrição para este Plano.

CLÁUSULA 22 – FORO

22.1. As questões judiciais entre o Segurado ou Beneficiário, e a Seguradora serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto nesta cláusula.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

- 1.1. Desde contratada, esta cobertura cobre a morte do Segurado decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.**

CLÁUSULA 2 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.**

CLÁUSULA 3 – CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.
- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, a data do falecimento.
- 3.4. **As indenizações por Morte e, se contratada, a cobertura de Invalidez Permanente por Acidente, não se acumulam.**
Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do Capital Segurado por morte e a Seguradora

indenizará a diferença, se houver.

- 3.5. Com o recebimento da indenização pela cobertura de Morte, o seguro estará automaticamente cancelado.**

CLÁUSULA 4 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

- 4.1. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.
- 4.2. Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Morte, de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	Não Aplicado	
19	19,4%	25,0%
20	8,4%	17,9%
21	0,1%	10,5%
22	0,0%	6,6%
23	0,0%	2,7%
24	0,0%	0,0%
25	0,0%	0,0%
26	0,0%	1,9%
27	0,0%	3,3%
28	0,0%	5,1%
29	1,3%	5,2%
30	1,6%	5,6%
31	2,1%	5,4%
32	2,5%	5,9%
33	3,6%	7,0%
34	2,8%	7,3%
35	3,0%	7,5%
36	4,1%	6,1%
37	6,7%	6,4%
38	4,4%	6,6%
39	3,9%	8,0%
40	5,4%	9,1%
41	7,0%	10,6%
42	8,4%	9,8%
43	6,5%	9,1%
44	7,1%	7,9%
45	7,0%	8,1%

Idade	Homem	Mulher
46	7,9%	8,3%
47	8,4%	9,9%
48	10,0%	10,2%
49	8,4%	10,1%
50	11,8%	8,9%
51	11,3%	8,6%
52	11,5%	7,4%
53	10,8%	7,4%
54	7,8%	8,0%
55	9,9%	9,1%
56	8,4%	9,3%
57	9,5%	9,3%
58	7,2%	9,3%
59	10,4%	9,2%
60	9,0%	9,4%
61	9,2%	9,0%
62	7,1%	8,9%
63	8,4%	8,0%
64	8,9%	8,0%
65	7,8%	7,2%
66	7,7%	7,7%
67	6,4%	7,6%
68	8,7%	8,3%
69	7,4%	8,2%
70	9,4%	8,7%
71	10,4%	8,3%
72	11,9%	9,0%
73	12,0%	8,6%

Idade	Homem	Mulher
74	10,4%	11,2%
75	6,5%	10,9%
76	9,4%	11,5%
77	9,7%	9,8%
78	11,2%	11,2%
79	7,7%	11,3%
80	11,5%	12,1%
81	10,3%	12,6%
82	11,0%	13,2%
83	8,8%	12,7%
84	8,9%	11,7%
85	11,4%	12,5%
86	9,6%	12,2%
87	11,2%	11,4%
88	8,0%	10,1%
89	11,0%	10,9%
90	6,7%	11,4%
91	6,4%	10,8%
92	8,1%	11,5%
93	8,1%	12,4%
94	8,1%	10,6%
95	8,1%	11,2%
96	8,1%	11,3%
97	8,1%	10,5%
98	8,1%	9,6%
99	8,1%	9,8%
100	8,1%	7,9%

- 4.3. Acima de 100 anos de idade, o reenquadramento será de 8,1% ao ano para Homem ou Mulher.

CLÁUSULA 5 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 5.1. Em complemento à **CLÁUSULA 18 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais** deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, **em cópias**

autenticadas, os seguintes documentos:

5.2. Documentos do Segurado sinistrado:

- a) Carteira de identidade ou equivalente;
- b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
- c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
- d) Certidão de Óbito;
- e) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- f) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, em caso de acidente com veículo que estivesse sendo dirigido pelo mesmo;
- g) Laudo de Necropsia, se houver; e
- h) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

5.3. Documentos de identificação de cada beneficiário:

- i) Carteira de identidade ou equivalente;
- j) CPF (ou outro documento que indique seu número);
- k) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
- l) Comprovante de união estável (em caso de companheiro beneficiário);
- m) Comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias); e
- n) Número de telefone para contato.

CLÁUSULA 6 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

- 1.1. Desde contratada, esta cobertura cobre a invalidez permanente do Segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão em virtude de lesão física causada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, tendo sido constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará a indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela seguinte, sendo que eventual grau de invalidez (percentagem relativa à perda ou redução da função de um membro ou órgão) já existente antes de acidente coberto será deduzido do grau de invalidez definitivo, apurado em consequência desse acidente coberto.

INVALIDEZ TOTAL		INVALIDEZ PARCIAL DIVERSAS	
DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ	% sobre o Capital Segurado Individual	DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ	% sobre o Capital Segurado Individual
Perda total da visão de ambos os olhos	100	Perda total da visão de um olho	30
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Perda total do uso de ambos os membros	100	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40

inferiores			
Perda total do uso de ambas as mãos	100	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100	Mudez incurável	50
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Perda total do uso de ambos os pés	100	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Alienação mental total e incurável	100	Imobilidade do segmento tóraco- lombo-sacro da coluna vertebral	25

DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ	% sobre Capital Segurado Individual	DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ	% sobre Capital Segurado Individual
Perda total do uso de um dos membros superiores	70	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60	Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Anquilose total de um dos ombros	25	Fratura não consolidada da rótula	20
Anquilose total de um dos cotovelos	25	Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos punhos	20	Anquilose total de um dos joelhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25	Anquilose total de um dos tornozelos	20
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	Anquilose total de um quadril	20
Perda total do uso da falange distal do polegar	9	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	Amputação do primeiro dedo do pé	10
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12	Amputação de qualquer outro dedo do pé	3
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9	Perda total do uso de uma falange do primeiro dedo, indenização equivalente a ½ e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	-

Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-	Encurtamento de um dos membros inferiores	
		* de 5 (cinco) centímetros	15
		ou mais	10
		* de 4 (quatro) centímetros	6
		* de 3 (três) centímetros	-
		* menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

- 1.3. Não ocorrendo a perda por completo das funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela acima para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%.
- 1.4. Nos casos não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
- 1.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital contratado. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à indenização prevista para sua perda total.
- 1.6. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. 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.

CLÁUSULA 2 – RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 3 – CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.
- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, a data do acidente.
- 3.4. **As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e, se contratadas, a cobertura de Morte, não se acumulam.**
Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do Capital Segurado por morte, que engloba Morte, e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.
- 3.5. A reintegração do Capital Segurado referente a esta cobertura, no caso de invalidez parcial, é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.
- 3.6. **Com o recebimento da indenização pela cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro estará automaticamente cancelado.**

CLÁUSULA 4 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

- 4.1. O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

CLÁUSULA 5 – JUNTA MÉDICA

- 5.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 5.2. A junta médica de que trata esta cláusula será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.
- 5.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 5.4. 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.

CLÁUSULA 6 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das

Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, **em cópias autenticadas**, os seguintes documentos:

- a) Documentos do Segurado: Carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número) e comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- b) Relatório do médico responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, atestando as características e grau da invalidez;
- c) Radiografias e exames médicos recentes que comprovem a invalidez;
- d) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- e) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, em caso de acidente com veículo que estivesse sendo dirigido pelo mesmo; e
- f) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

CLÁUSULA 1 – DEFINIÇÕES DE TERMOS UTILIZADOS NA COBERTURA DE IFPD

- 1.1. **AGRAVO MÓRBIDO** – piora de uma doença.
- 1.2. **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.
- 1.3. **APARELHO LOCOMOTOR** – conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 1.4. **AUXÍLIO** – ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 1.5. **CARDIOPATIA GRAVE** – doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 1.6. **COGNIÇÃO** – conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
- 1.7. **CONNECTIVIDADE COM A VIDA** – capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 1.8. **CONSUMPÇÃO** – definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

- 1.9. **DADOS ANTROPOMÉTRICOS** – no caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- 1.10. **DEAMBULAR** – ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 1.11. **DECLARAÇÃO MÉDICA** – documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 1.12. **DEFICIÊNCIA VISUAL** – qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 1.13. **DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA** – incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 1.14. **DOENÇA CRÔNICA** – doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 1.15. **DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE** – doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 1.16. **DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO** – doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 1.17. **DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL** – aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

- 1.18. **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.
- 1.19. **DOENÇA PROFISSIONAL** – aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 1.20. **ESTADOS CONEXOS** – representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 1.21. **FATORES DE RISCO E MORBIDADE** – aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 1.22. **HÍGIDO** – saudável.
- 1.23. **PROGNÓSTICO** – juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 1.24. **QUADRO CLÍNICO** – conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 1.25. **RECIDIVA** – reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 1.26. **REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA** – incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 1.27. **RELAÇÕES EXISTENCIAIS** – aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a

vida.

- 1.28. **SENTIDO DE ORIENTAÇÃO** – faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 1.29. **SEQUELA** – qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 1.30. **TRANSFERÊNCIA CORPORAL** – capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS

- 2.1. O risco coberto por esta cobertura é a invalidez funcional permanente total em consequência exclusiva de doença coberta, que cause a perda da existência independente do Segurado.
- 2.2. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de um dos quadros clínicos incapacitantes abaixo, decorrente exclusivamente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado e que deverão ser comprovados através dos documentos especificados na **CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS** destas Condições Especiais:
 - a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
 - c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções

- e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença proveniente de:
- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Estados mórbidos, decorrentes de doença, que acarretem:
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- i) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.

2.3. Outros quadros clínicos incapacitantes poderão ser reconhecidos como riscos cobertos desde que, quando avaliados através do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, que integra estas Condições Especiais, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis. O IAIF é composto por duas tabelas:

a) Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, que avalia, através de 3 escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida.

- O 1º grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
- Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- Todos os atributos constantes na primeira tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados, enquadrando cada atributo em apenas uma graduação.

b) Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, que mensura cada uma das situações ali previstas.

- Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

2.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional

Permanente Total por Doença para fins desta cobertura.

CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão abrangidos por esta cobertura, 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 seguintes eventos:

- 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 e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as doenças profissionais;**
- c) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.**

CLÁUSULA 4 – CAPITAL SEGURADO

- 4.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.
- 4.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 4.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data indicada na declaração médica.

- 4.4. A data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença será registrada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
- 4.5. Com o recebimento da indenização pela cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o seguro estará automaticamente cancelado.**

CLÁUSULA 5 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

- 5.1. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.
- 5.2. Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	Não Aplicado	
19	19,4%	25,0%
20	8,4%	17,9%
21	0,1%	10,5%
22	0,0%	6,6%
23	0,0%	2,7%
24	0,0%	0,0%
25	0,0%	0,0%
26	0,0%	1,9%
27	0,0%	3,3%
28	0,0%	5,1%
29	1,3%	5,2%
30	1,6%	5,6%
31	2,1%	5,4%
32	2,5%	5,9%
33	3,6%	7,0%
34	2,8%	7,3%
35	3,0%	7,5%
36	4,1%	6,1%
37	6,7%	6,4%
38	4,4%	6,6%
39	3,9%	8,0%
40	5,4%	9,1%
41	7,0%	10,6%
42	8,4%	9,8%
43	6,5%	9,1%
44	7,1%	7,9%
45	7,0%	8,1%

Idade	Homem	Mulher
46	7,9%	8,3%
47	8,4%	9,9%
48	10,0%	10,2%
49	8,4%	10,1%
50	11,8%	8,9%
51	11,3%	8,6%
52	11,5%	7,4%
53	10,8%	7,4%
54	7,8%	8,0%
55	9,9%	9,1%
56	8,4%	9,3%
57	9,5%	9,3%
58	7,2%	9,3%
59	10,4%	9,2%
60	9,0%	9,4%
61	9,2%	9,0%
62	7,1%	8,9%
63	8,4%	8,0%
64	8,9%	8,0%
65	7,8%	7,2%
66	7,7%	7,7%
67	6,4%	7,6%
68	8,7%	8,3%
69	7,4%	8,2%
70	9,4%	8,7%
71	10,4%	8,3%
72	11,9%	9,0%
73	12,0%	8,6%

Idade	Homem	Mulher
74	10,4%	11,2%
75	6,5%	10,9%
76	9,4%	11,5%
77	9,7%	9,8%
78	11,2%	11,2%
79	7,7%	11,3%
80	11,5%	12,1%
81	10,3%	12,6%
82	11,0%	13,2%
83	8,8%	12,7%
84	8,9%	11,7%
85	11,4%	12,5%
86	9,6%	12,2%
87	11,2%	11,4%
88	8,0%	10,1%
89	11,0%	10,9%
90	6,7%	11,4%
91	6,4%	10,8%
92	8,1%	11,5%
93	8,1%	12,4%
94	8,1%	10,6%
95	8,1%	11,2%
96	8,1%	11,3%
97	8,1%	10,5%
98	8,1%	9,6%
99	8,1%	9,8%
100	8,1%	7,9%

5.3. Acima de 100 anos de idade, o reenquadramento será de 8,1% ao ano para Homem ou Mulher.

CLÁUSULA 6 - JUNTA MÉDICA

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

6.2. A junta médica de que trata esta cláusula será constituída por 3 (três)

membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

- 6.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 6.4. 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.

CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à **CLÁUSULA 18 - LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais** deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, **em cópias autenticadas**, os seguintes documentos:

- a) Documentos do Segurado: Carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número) e comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- b) Relatório do médico responsável, datado e assinado, com firma reconhecida e com a indicação do CRM, indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e as condições de saúde do Segurado, retratando o quadro clínico incapacitante;
- c) Relatório do médico-assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente diagnosticada e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do

Segurado;

- d) Informações, registros médicos, laudos e resultados exames que:
- Tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença);
 - Confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível; e
 - Comproven o momento temporal exato em que foi atingido o estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante coberto.

O Segurado deve facilitar os meios para obtenção dos documentos necessários à regulação do sinistro.

CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA 1

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00

	<p>2° GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10
	<p>3° GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIO, ASSIM COMO ÀQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

TABELA 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DOENÇAS GRAVES (DG)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1. Desde contratada, esta cobertura cobre, após o período de carência, o diagnóstico definitivo de qualquer uma das doenças graves devidamente especificadas abaixo ou ainda em caso em que o Segurado Principal venha a se submeter a algum dos transplantes relacionados, no item 1.5, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.

1.2. Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico definitivo ou transplante realizado de doenças graves previstas nestas Condições Especiais, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico definitivo de mais de uma doença grave.

1.3. O segurado somente terá direito a indenização se a doença grave for diagnosticada/transplantada após o prazo de carência e desde que se encontre em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença.

1.4. Esta cobertura será cancelada após o recebimento da indenização ou no primeiro dia posterior à data em que o segurado completar 70 anos de idade, o que ocorrer primeiro.

1.5. Para efeito dessa cobertura, serão consideradas “Doenças Graves”, exclusivamente os eventos abaixo:

a) Câncer:

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. o diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. a doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a doença de hodgkin.

b) Infarto Agudo do Miocárdio:

É a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo

insuficiente para a área comprometida. o diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de:

- I. História de dores torácicas típicas
- II. Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma – ECG (depressão de onda, ondas t, q).
- III. Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).

c) Acidente Vascular Cerebral (AVC):

Obstrução aguda da circulação sanguínea cardiovascular causada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio da fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral crítico deve ser confirmado por médico especialista e feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro ou ressonância magnética. Os sintomas clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico.

d) Transplante de órgãos:

Procedimento cirúrgico em que o Segurado participa exclusivamente como receptor de alguns dos seguintes órgãos: coração, pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas, rim, intestino delgado (inclui transplante parcial) ou medula óssea. O transplante parcial ou total da face, mão, braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta definição.

d1) Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morte. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído.

d2) A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares

e) 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 e demonstrado por exames complementares apropriados, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:

- a) Câncer:**
 - i. Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;**
 - ii. Todos os cânceres não invasivos (in situ);**
 - iii. O câncer da próstata no estágio Ia, Ib e IC (Carcinoma prostático primário abaixo do estágio B0 pela classificação modificada Jewett, abaixo de T1c pela classificação TNM em 1992);**
 - iv. Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (segundo a classificação Breslow, a profundidade é menor que 1,5 mm);**
 - v. Qualquer tumor maligno na presença de qualquer Vírus da Imunodeficiência Humana, desde que o mesmo tenha sido contraído antes do início de vigência da cobertura individual;**
 - vi. Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno; e**
 - vii. Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual.**

- b) Infarto Agudo do Miocárdio:**
 - i. Angina do peito incluindo angina estável e instável;**
 - ii. Angina decúbito;**
 - iii. Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina “I” ou “T”;e**
 - iv. Outras síndromes coronarianas agudas.**

- c) Acidente Vascular Cerebral (AVC):**
 - i. Ataque Isquêmico Transitório e deficiências neurológicas isquêmicas;**
 - ii. Hemorragia cerebral causada por acidentes;**
 - iii. Hemorragia cerebral causada por tumor cerebral;**
 - iv. Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;**
 - v. Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e**
 - vi. Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.**

- d) **Transplante de órgãos:**
- i. **Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano;**
 - ii. **Transplantes com órgãos de animais, não humanos;**
 - iii. **Autotransplantes (medula, mãos, etc);**
 - iv. **Transplantes não especificados no item 1.5, da CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS destas Condições Especiais;**
 - v. **Transplantes diagnosticados anteriormente ao cumprimento do prazo de carência;**
 - vi. **Transplante decorrentes de doenças ou lesões preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação.**
- e) **Insuficiência Renal Terminal:**
- i. **Os quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que realizado tratamento de diálise.**

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.
- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 3.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como data do evento coberto a data do diagnóstico definitivo da Doença Grave coberta, comprovado por resultado de exame anatomopatológico ou de qualquer outro exame complementar específico, exceto para o Transplante de Órgão, que será considerada como data do evento a data do transplante efetivamente realizado
- 3.4. Com o recebimento da indenização pela cobertura de Doenças Graves, a cobertura estará automaticamente cancelada.**

CLÁUSULA 4 – CARÊNCIA

- 4.1. A cobertura de Doenças Graves ficará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias.

- 4.2.O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.
- 4.3.O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso a doença coberta ou doença motivadora de cirurgia coberta ocorra durante o período de carência.
- 4.4.Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.
- 4.5.O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 5 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

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

- 5.2.Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Doenças Graves, de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
18	0,0%	1,3%
19	0,0%	1,3%
20	0,0%	1,3%
21	0,0%	1,3%
22	0,0%	1,3%
23	1,9%	8,3%
24	1,8%	7,6%
25	1,8%	7,1%
26	1,8%	6,6%
27	1,8%	6,2%
28	5,6%	9,4%
29	5,3%	8,6%
30	5,0%	7,9%
31	4,8%	7,3%
32	4,6%	6,8%
33	8,4%	9,8%
34	7,8%	8,9%
35	7,2%	8,2%
36	6,7%	7,5%
37	6,3%	7,0%
38	13,5%	10,9%
39	11,9%	9,9%
40	0,0%	0,0%
41	9,6%	8,2%
42	8,8%	7,6%
43	20,8%	14,3%

Idade	Homem	Mulher
44	17,2%	12,5%
45	8,6%	5,0%
46	12,8%	10,0%
47	11,3%	9,1%
48	13,7%	6,1%
49	12,0%	5,7%
50	10,3%	5,2%
51	9,7%	5,2%
52	8,8%	4,9%
53	11,2%	5,8%
54	10,1%	5,5%
55	8,1%	4,1%
56	8,4%	4,9%
57	7,7%	4,7%
58	8,1%	5,2%
59	7,4%	4,9%
60	7,1%	5,0%
61	6,5%	4,5%
62	6,1%	4,3%
63	6,3%	4,5%
64	5,9%	4,3%
65	6,1%	4,6%
66	5,3%	3,9%
67	5,0%	3,8%
68	6,3%	4,4%
69	6,1%	4,3%

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, **em cópias autenticadas**, os seguintes documentos:

- 6.1. Documentos do Segurado sinistrado:
- a) Carteira de identidade ou equivalente;
 - b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
 - c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
 - d) Certidão de Óbito;

- e) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- f) Relatório médico detalhando as causas da enfermidade e exames complementares, conforme especificado a seguir para cada doença grave:

g1. Câncer:

- a) laudo médico com diagnóstico do câncer, firmado por médico de especialidade em oncologia, contendo o carimbo com o CRM do médico assistente, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia, data do primeiro diagnóstico e o tipo histológico; e
- b) cópia autenticada do resultado da biópsia ou outro exame complementar que evidenciou a doença maligna.

g2. Infarto agudo do miocárdio:

- a) laudo médico, firmado por médico de especialidade em cardiologia;
- b) cópia dos exames de enzimas cardíacas;
- c) laudo de cateterismos cardíaco; e
- d) eletrocardiogramas recentes.

g3. Acidente Vascular Cerebral:

- a) laudo médico, firmado por médico de especialidade neurológica, diagnosticando o acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a sequela decorrente; e
- b) exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

g4. Transplante de Órgão

- a) laudo médico, emitido por dois médicos habilitados especialistas na patologia em questão, confirmando o transplante como único recurso capaz de recuperar o órgão afetado;
- b) exames complementares realizados, comprovando a realização do transplante ou relatório da cirurgia utilizada.

g.5. Insuficiência Renal Terminal:

- a) declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do

segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de base e o quadro de insuficiência renal terminal.

b) exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e o comprometimento da função renal, como tomografia computadorizada, ultrassonografia, análises de urina, dosagens de creatinina e uréia, etc.

c) Relatórios e prontuários hospitalares contendo histórico dos tratamentos dialíticos.

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (AF)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

- 1.1. Desde contratada, esta cobertura garante a prestação de serviços de assistência funeral **ou** reembolso das despesas de funeral no caso da morte do Segurado, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.**
- 1.2. **A prestação de serviços ou o pagamento de reembolso de despesas com funeral não caracteriza o direito à cobertura de Morte como risco coberto pelo seguro. A indenização da cobertura de Morte estará sujeita a análise da documentação e demais circunstâncias da ocorrência do sinistro, respeitadas as demais cláusulas Contratuais.**
- 1.3. Nas localidades onde não esteja disponível rede credenciada com o prestador de serviço de assistência, a indenização será na forma de reembolso.
- 1.4. No caso da opção pelo reembolso, serão reembolsadas as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação do Segurado, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais (cópias autenticadas) contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, **exceto as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo.**
- 1.5. **No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, não haverá qualquer direito a reembolso posterior.**
- 1.6. No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, os serviços a seguir especificados serão prestados exclusivamente mediante o acionamento da Central de Atendimento de serviços de assistências (número de telefone indicado na Proposta de Contratação e Apólice) pelos Familiares e/ou Beneficiários, que solicitará as seguintes informações:
 - Nome do Seguro
 - CPF

1.6. Confirmados os dados do Segurado e estando o seguro em vigor, serão prestados os serviços previstos neste plano.

1.7. Para que ocorra a prestação do serviço de funeral, fica acordado que o familiar do segurado deverá obrigatoriamente entregar ao prestador as cópias das seguintes documentações:

- Declaração de óbito (ou certidão de óbito)
- RG e CPF do segurado titular

1.8. O Serviço de Assistência Funeral garante, a prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) que englobem os seguintes itens:

- **Urna:** de madeira com ou sem visor, padrão standard e ornamentação com flores da época e véu simples para cobrir o corpo.
- **Veículo:** carro fúnebre dentro do município de residência.
- **Véu:** véu simples para cobrir o corpo.
- **Capela:** locação em salas velatórias públicas. Caso seja realizado em salas particulares os valores deverão ser similares aos das salas públicas.
- **Cremação:** Serviço executado apenas nas cidades que possuem disponibilidade para a realização. A Assistência arcará com os custos equivalentes aos dos crematórios públicos, caso a família opte pelo serviço particular. As cinzas serão encaminhadas para a cidade domiciliar da família. As despesas com passagens e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Cremação correrão por conta da família.
- **Documentação:** registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito.
- **Flores:** 01 (uma) coroa de flores média e 1 arranjo de flores para decoração da sala de velório.
- **Preparação do Corpo:** banho, barba, vestimenta (ato de vestir), etc. (higienização básica mais preparação e tamponamento).
- **Presença:** livro ou folha para assinaturas.
- **Parâmetros:** jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona.
- **Sepultamento:** em túmulo (ou jazigo) no jazigo da família com pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos cemitérios públicos.
- **Jazigo:** Caso o segurado não possua jazigo ou sepultura, a Seguradora garantirá a locação de cemitério e jazigo por um período máximo de 03 (três) anos, tempo necessário para exumação. Após este período a locação fica sob responsabilidade dos familiares. Não sendo possível

sepultamento por motivos alheios a vontade da Seguradora na cidade indicada pela família, este será feito na cidade mais próxima.

- **Traslado:** transporte do corpo do local onde ocorreu o óbito para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado, em urna mortuária apropriada. A Assistência determinará se o transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local. O traslado será fornecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do cliente (a), constante na apólice; caso o óbito ocorra dentro do município de residência não será fornecido este serviço. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.
- **Transmissão de Mensagens Urgentes:** A Assistência transmitirá mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do cliente (a).

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:

- a) **Aquisição de jazigo;**
- b) **A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.**

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.
- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, a data do falecimento.

CLÁUSULA 4 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

- 4.1. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.
- 4.2. Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que

deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Assistência Funeral Individual (AFI), de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	Não Aplicado	
19	19,4%	25,0%
20	8,4%	17,9%
21	0,1%	10,5%
22	0,0%	6,6%
23	0,0%	2,7%
24	0,0%	0,0%
25	0,0%	0,0%
26	0,0%	1,9%
27	0,0%	3,3%
28	0,0%	5,1%
29	1,3%	5,2%
30	1,6%	5,6%
31	2,1%	5,4%
32	2,5%	5,9%
33	3,6%	7,0%
34	2,8%	7,3%
35	3,0%	7,5%
36	4,1%	6,1%
37	6,7%	6,4%
38	4,4%	6,6%
39	3,9%	8,0%
40	5,4%	9,1%
41	7,0%	10,6%
42	8,4%	9,8%
43	6,5%	9,1%
44	7,1%	7,9%
45	7,0%	8,1%

Idade	Homem	Mulher
46	7,9%	8,3%
47	8,4%	9,9%
48	10,0%	10,2%
49	8,4%	10,1%
50	11,8%	8,9%
51	11,3%	8,6%
52	11,5%	7,4%
53	10,8%	7,4%
54	7,8%	8,0%
55	9,9%	9,1%
56	8,4%	9,3%
57	9,5%	9,3%
58	7,2%	9,3%
59	10,4%	9,2%
60	9,0%	9,4%
61	9,2%	9,0%
62	7,1%	8,9%
63	8,4%	8,0%
64	8,9%	8,0%
65	7,8%	7,2%
66	7,7%	7,7%
67	6,4%	7,6%
68	8,7%	8,3%
69	7,4%	8,2%
70	9,4%	8,7%
71	10,4%	8,3%
72	11,9%	9,0%
73	12,0%	8,6%

Idade	Homem	Mulher
74	10,4%	11,2%
75	6,5%	10,9%
76	9,4%	11,5%
77	9,7%	9,8%
78	11,2%	11,2%
79	7,7%	11,3%
80	11,5%	12,1%
81	10,3%	12,6%
82	11,0%	13,2%
83	8,8%	12,7%
84	8,9%	11,7%
85	11,4%	12,5%
86	9,6%	12,2%
87	11,2%	11,4%
88	8,0%	10,1%
89	11,0%	10,9%
90	6,7%	11,4%
91	6,4%	10,8%
92	8,1%	11,5%
93	8,1%	12,4%
94	8,1%	10,6%
95	8,1%	11,2%
96	8,1%	11,3%
97	8,1%	10,5%
98	8,1%	9,6%
99	8,1%	9,8%
100	8,1%	7,9%

- 4.3. Acima de 100 anos de idade, o reenquadramento será de 8,1% ao ano para Homem ou Mulher.

CLÁUSULA 5 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 15 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura **(em caso de solicitação de reembolso)**, deverão ser entregues à Seguradora, **em cópias autenticadas**, os seguintes documentos:

5.2. Documentos de identificação do Segurado sinistrado e despesas realizadas:

- a) Carteira de identidade ou equivalente;
- b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
- c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
- d) Certidão de óbito; e
- e) Notas fiscais originais das despesas efetuadas com o funeral do Segurado, contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos.

5.3. Documentos de identificação de cada beneficiário:

- a) Carteira de identidade ou equivalente;
- b) CPF (ou outro documento que indique seu número);
- c) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
- d) Comprovante de união estável (em caso de companheiro beneficiário);
- e) Comprovante de residência; e
- f) Número de telefone para contato.

CLÁUSULA 6 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

6.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas com o funeral do Segurado.

6.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

6.2.1. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado e limite máximo de indenização da cobertura;

6.2.2. Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o item 6.2.1 desta cláusula;

6.2.3. Se a quantia a que se refere o item 6.2.2 desta cláusula for igual ou

inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o beneficiário a responsabilidade pela diferença, se houver;

- 6.2.4. Se a quantia estabelecida no item 6.2.2 for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele item.

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.