SEGURO
VIDA INTEIRA MODIFICADO 30

CONDIÇÕES GERAIS

Prudential

SEGURO
VIDA INTEIRA MODIFICADO 30

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO
VIDA INTEIRA
MODIFICADO 30

Processo Susep Nº 15414.900720/2013-13

CONDIÇÕES GERAIS

1. Objetivo do Seguro 4
2. Garantias 4
3. Riscos Excluídos 11
4. Âmbito Territorial da Cobertura 14
5. Idade do Segurado 14
6. Vigência do Seguro 14
7. Aceitação do Seguro 15
8. Declarações Inexatas e Omissões 17
9. Capital Segurado 20
10. Pagamento do Prêmio 21
11. Período de Tolerância 23
12. Mudança para Seguro com Valor Saldado 24
13. Mudança para Seguro com Benefício Prolongado 24
14. Suspensão e Reabilitação do Seguro 25
15. Período de Não Contestação 27
16. Cancelamento do Seguro 27
17. Valor de Resgate da Cobertura Básica 29
18. Designação ou Mudança de Beneficiário(s) 30
19. Pagamento do Benefício 31
20. Opções para Recebimento do Benefício 39
21. Atualização dos Valores do Seguro 41
22. Extrato Periódico 43
23. Foro 43
24. Disposições Finais 43
25. Cláusula Específica de Adiantamento Parcial do Benefício 45
26. Glossário de Termos Técnicos 46

CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS OPCIONAIS

Assistência Funeral 55
Doenças Graves 70
Doenças Graves Plus 80
Doenças Graves Modular 92
Invalidez Acidental 119
Morte Acidental
(Período de Pagamento dos Prêmios Igual ao Período de Vigência) 127
Morte Acidental
(Período de Pagamento dos Prêmios Diferente do Período de Vigência) .. 134
Perda da Autonomia Pessoal 141
Renda Familiar 152
Renda Hospitalar 164
Temporário 174
Temporário Decrescente 181

1. Objetivo do Seguro

Este seguro tem por objetivo garantir o Capital Segurado, também referido nestas Condições Gerais como benefício, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s) na ocorrência de eventos previstos nas coberturas contratadas, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, respeitando-se os demais itens destas condições gerais.

Os produtos comercializados pela Prudential do Brasil são seguros de vida personalizados. **Não foram desenvolvidos para serem um plano de previdência privada, aposentadoria ou investimento e não têm como objetivo proporcionar ganhos financeiros.**

2. Garantias

As garantias deste seguro dividem-se em cobertura básica e opcionais, sendo necessária a contratação da cobertura básica para a efetivação deste seguro e acesso à contratação das coberturas opcionais.

As garantias da cobertura básica não poderão ser contratadas separadamente.

Não há carência para as garantias da cobertura básica.

2.1. Cobertura Básica

2.1.1. Morte do Segurado

Se o Segurado falecer durante a vigência do seguro, por quaisquer causas, naturais ou acidentais, a Seguradora garantirá ao(s) seu(s) Beneficiário(s) o pagamento de um benefício referente ao valor do Capital Segurado, respeitando o disposto nestas condições gerais e **observada a cláusula 3 (Riscos Excluídos)**.

2.1.2. Dispensa de Prêmio (em caso de Invalidez Permanente e Parcial por Acidente)

Ocorrendo a **Invalidez Permanente e Parcial por Acidente do Segurado**, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto,

durante a vigência do seguro e no período de pagamento dos Prêmios, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e demais termos destas condições gerais, a Seguradora não cobrará os Prêmios devidos a partir de então e continuará mantendo as demais coberturas contratadas.

Para efeito desta garantia, entende-se por Invalidez Permanente e Parcial por Acidente a perda anatômica ou perda funcional definitiva de um membro, segmento ou órgão, decorrente de lesão física causada por Acidente Pessoal, que resulte em pelo menos um dos quadros incapacitantes a seguir listados:

a) perda total da visão de um olho;
b) surdez total e incurável de ambos os ouvidos;
c) perda total do uso de um dos membros superiores;
d) perda total do uso de um dos membros inferiores;
e) perda total do uso de um dos pés;
f) perda total do uso de uma das mãos;
g) imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral;
h) imobilidade do segmento sacro-lombo-torácico da coluna vertebral;
i) mudez incurável; e/ou
j) amputação de um polegar no nível da articulação metacarpofalangeana ou perda total do movimento de oposição do polegar com comprometimento da função de "pinça", de uma das mãos.

Os critérios que definem a perda do movimento de oponência do polegar e função de "pinça" são:
- amputação do 1º dedo (polegar) no nível da articulação metacarpofalangeana de uma das mãos;
- amputação do 2º, 3º, 4º e 5º dedos no nível da articulação metacarpofalangeana da mesma mão;
- amputação da falange distal do 1º dedo (polegar) simultaneamente com a amputação do 2º e 3º dedos, no nível da falange média ou proximal, da mesma mão;
- lesão traumática com perda total da função do nervo mediano de um dos membros superiores, necessariamente demonstrada por eletroneuromiografia.

A perda da função de "pinça" também é caracterizada caso o segurado venha a sofrer um acidente que resulte em uma perda defi-

nitiva da sensibilidade, força muscular (para pinça fina – 1º dedo, polegar, e 2º dedo), comissura e mobilidade/dimensão (sendo esta composta pela avaliação de até 5 movimentos principais), a ser avaliada por médico especializado, por meio do preenchimento de formulário específico. A combinação dos resultados desses critérios deverá atingir uma pontuação mínima para qualificação do sinistro.

2.1.2.1. Se o Segurado ficar parcial e permanentemente inválido em decorrência de acidente antes de completar 65 (sessenta e cinco) anos de idade, o Responsável pelo Pagamento estará dispensado do pagamento de todos os Prêmios devidos a partir da data da ocorrência do evento até o término do período de pagamento.

2.1.2.2. **Esta garantia cessará automaticamente depois que o Segurado completar 65 (sessenta e cinco) anos.**

2.1.2.3. **Esta garantia não se aplica a nenhum tipo de invalidez que ocorra após as seguintes situações:**

a) **término do período de pagamento do Prêmio deste seguro, por qualquer razão;**
b) **solicitação do Valor de Resgate integral;**
c) **mudança para Seguro com Valor Saldado;**
d) **mudança para Seguro com Benefício Prolongado; ou**
e) **cancelamento do seguro, por qualquer razão.**

2.1.2.4. **A Invalidez Permanente e Parcial, conforme descrita no subitem 2.1.2, deve ser comprovada por declaração médica, suportada por exames complementares que confirmem a incapacidade alegada após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação do Segurado, observado o disposto no item 19.3 destas condições gerais.**

2.1.2.5. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.**

2.1.2.6. O Responsável pelo Pagamento deverá pagar todos os Prêmios devidos até que a solicitação de dispensa do pagamento dos Prêmios seja aprovada pela Seguradora. Neste caso, os Prêmios pagos desde a data da ocorrência do evento serão devolvidos ao Responsável pelo Pagamento, atualizados monetariamente com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data do pagamento dos Prêmios até a data da efetiva devolução.

2.1.2.7. Após a análise de sinistro, caso a Seguradora não aceite a solicitação de Dispensa de Prêmio, o Responsável pelo Pagamento deverá continuar pagando os Prêmios relativos às coberturas básica e opcionais, quando contratadas, até o fim do período de pagamento do seguro, para que as coberturas sejam mantidas.

2.1.3. **Invalidez Permanente e Total por Acidente do Segurado**

Garante ao Segurado o pagamento do Benefício de Morte, em caso de Invalidez Permanente e Total por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observados os demais termos destas condições gerais.

Entende-se por Invalidez Permanente e Total por Acidente a perda anatômica ou perda funcional definitiva de um membro, segmento ou órgão, decorrente de lesão física causada por Acidente Pessoal, que resulte em pelo menos um dos quadros incapacitantes a seguir listados:

a) perda total da visão de ambos os olhos;
b) perda total do uso de ambos os membros superiores;
c) perda total do uso de ambos os membros inferiores;
d) perda total do uso de ambas as mãos;
e) perda total do uso de um membro superior e de um membro inferior, simultaneamente;
f) perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés, simultaneamente;
g) perda total do uso de ambos os pés; e/ou
h) alienação mental total e incurável, devidamente comprovada, podendo ser necessária a apresentação de Termo de Curatela.

2.1.3.1. **A Invalidez Permanente e Total por Acidente, conforme descrita neste item, deve ser comprovada por declaração médica, suportada por exames complementares que confirmem a incapacidade alegada após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação do Segurado, observado o disposto no item 19.3 destas condições gerais.**

2.1.3.2. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.**

2.1.3.3. **Com o pagamento do benefício, o seguro será cancelado, não sendo devidos quaisquer outros pagamentos ao(s) Beneficiário(s).**

2.1.3.4. Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento do benefício desta garantia, quando este já era de direito, o valor será pago de acordo com a legislação vigente.

2.1.4. **Antecipação Total ou Parcial de Benefício Pago em Vida**

A Seguradora efetuará a antecipação do pagamento, total ou parcial, do Benefício por Morte, caso o Segurado seja considerado doente em estágio terminal.

Para efeito desta cobertura, entende-se por:

a) Benefício Conversível em Antecipação

   É o Benefício que seria pago ao(s) Beneficiário(s) por ocasião da morte do Segurado, deduzidas as eventuais antecipações vinculadas a esta cobertura já realizadas de forma parcial ao Segurado.

b) Base para Cálculo da Antecipação Total ou Parcial de Benefício por Morte

É o valor utilizado pela Seguradora para determinar o valor da antecipação (total ou parcial), calculado com base na percentagem do montante do Benefício Conversível solicitado pelo Segurado, respeitando o valor mínimo estabelecido pela Seguradora, em caso de pagamento parcial para manter o seguro em vigor.

A Seguradora deduzirá, ainda, da Base da Antecipação do Benefício, os Prêmios referentes ao benefício antecipado de acordo com o período de sobrevida do Segurado informado na declaração médica, salvo quando todos os Prêmios já tiverem sido pagos ou dispensados nos termos da Garantia de Dispensa de Prêmio, subitem 2.1.2.

2.1.4.1. Condições para Solicitação da Antecipação de Benefícios

É necessário observar as seguintes condições:

a) que o seguro esteja em vigor e não tenha sido efetivada a mudança para Seguro com Benefício Prolongado;
b) o preenchimento, pelo Segurado ou seu Representante Legal, da Solicitação de Concessão do Benefício em formulário apropriado, fornecido pela Seguradora.

2.1.4.2. Comprovação do Direito à Cobertura

Para fazer jus a esta cobertura, o Segurado deverá provar à Seguradora que sua sobrevida é de, no máximo, 6 (seis) meses a partir da data da avaliação diagnóstica.

A prova consistirá de atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, acompanhado do diagnóstico e dos exames pertinentes.

A Seguradora se reserva ao direito de analisar a documentação apresentada e solicitar, em caso de dúvida fundada e justificável, documentação complementar e/ou, ainda, realizar perícia médica com médico por ela contratado e igualmente habilitado na especialidade da patologia em questão. Em caso de divergências, será observado o item 19.7 destas condições gerais.

Após a entrega da documentação solicitada no subitem 19.4.4, caberá à Seguradora decidir pela aprovação ou não da Antecipação do Benefício, no prazo máximo de 30 (trinta) dias. Se, dentro do prazo mencionado, a Seguradora solicitar outro documento para elucidar a análise do evento, em caso de dúvida fundada e justificável, a contagem do prazo sofrerá suspensão e continuará a correr a partir da chegada do último documento solicitado.

2.1.4.3. Efeitos da Antecipação de Benefícios

Se, por opção do Segurado, apenas uma parte do Benefício Conversível for antecipada, o Seguro terá o seu Capital Segurado e o seu valor de Prêmio reduzidos na mesma proporção. O valor do Prêmio continuará a ser cobrado pela Seguradora ao Responsável pelo Pagamento, observada a parte do benefício ainda vigente.

Com a antecipação total do Benefício Conversível, o seguro será cancelado.

2.1.4.4. **A Antecipação do Benefício por Morte somente poderá ser realizada por meio de solicitação voluntária do Segurado ou representante legal.**

2.1.4.5. **Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento do benefício desta garantia, quando este já era de direito, o valor será pago de acordo com a legislação vigente.**

2.2. Coberturas Opcionais

Mediante a contratação da cobertura básica e sujeito ao pagamento do Prêmio correspondente, o Proponente poderá solicitar a inclusão das coberturas opcionais abaixo listadas, obedecidas as conjugações permitidas pela Seguradora:

I. Assistência Funeral;
II. Doenças Graves Básico;
III. Doenças Graves Plus;
IV. Doenças Graves Modular;

V. Invalidez Acidental
(Invalidez Permanente e Parcial por Acidente);
VI. Morte Acidental
(Período de Pagamento dos Prêmios Igual ao Período de Vigência);
VII. Morte Acidental
(Período de Pagamento dos Prêmios Diferente do Período de Vigência);
VIII. Perda da Autonomia Pessoal;
IX. Renda Familiar (Morte Qualquer Causa);
X. Renda Hospitalar;
XI. Temporário (Morte Qualquer Causa);
XII. Temporário Decrescente (Morte Qualquer Causa).

2.2.1. **As definições, normas e exclusões pertinentes às coberturas opcionais estão dispostas nas suas respectivas condições especiais.**

2.3. **As coberturas contratadas são expressas na Apólice de Seguro de Vida.**

2.4. **Não será permitido o cancelamento da cobertura básica e manutenção apenas da(s) cobertura(s) opcional(ais).**

2.5. **Não há previsão de portabilidade deste seguro.**

3. Riscos Excluídos

3.1. **Os eventos decorrentes das causas a seguir estão excluídos da cobertura deste seguro, ficando o(s) Beneficiário(s) ou o Segurado, conforme o caso, sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores, inclusive os relativos a Prêmios pagos ou a Valores de Resgate:**

a) **uso de material nuclear para quaisquer finalidades, incluindo explosões nucleares, intencionais ou não, assim como contaminação radioativa ou exposição à radiação nuclear ou ionizante, exceto exposições terapêuticas e profissionais;**

b) **atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerras químicas ou bacteriológicas, guerras civis, guerrilhas, revoluções, motins, agitações, revoltas, sedições, sublevações ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto àqueles que estejam em serviço militar ou praticando atos de humanidade em auxílio de outrem;**

c) **atos reconhecidamente perigosos, que não sejam motivados por necessidade justificada, nos casos de dolo do próprio Segurado, do(s) Beneficiário(s) ou do Representante Legal de um ou de outro, exceto quando provierem 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;**

d) **atos ilícitos dolosos praticados pelo Responsável pelo Pagamento, pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelos seus respectivos representantes. Nos seguros contratados ou que tenham como Responsável pelo Pagamento uma pessoa jurídica, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelo(s) Beneficiário(s) e pelos respectivos representantes;**

e) **Doenças ou lesões preexistentes, bem como informações sobre esportes, hobbies e atividade profissional, praticados e desempenhados anteriormente à adesão à Proposta de Contratação de Seguro de Vida que poderiam ter influência na aceitação do risco ou no ajuste da taxa do Prêmio, não declaradas na Proposta e já do conhecimento do Segurado, que tenham influência direta ou indireta no evento ocorrido, observado o que dispõem as cláusulas 8 (Declarações Inexatas e Omissões) e 15 (Período de Não Contestação) destas condições gerais;**

f) **invalidez ou morte resultante de tentativa de suicídio ou de suicídio do Segurado ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos da data de vigência do seguro ou após novo prazo de 2 (dois) anos a partir da data da reabilitação do seguro. Neste caso, a Seguradora restituirá a Reserva técnica constituída em nome do Segurado, nos casos em que for possível; e**

g) **epidemias e pandemias declaradas por órgão competente.**

3.2. **Exclusão para Atos de Terrorismo**

Não obstante o que em contrário possam dispor as condições gerais e/ou especiais do presente seguro, fica entendido e concordado que, para efeito indenitário, não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por 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 competente.

3.3. **Além dos riscos definidos nesta cláusula, encontram-se expressamente excluídos da Garantia de Dispensa de Prêmio (em caso de Invalidez Permanente e Parcial por Acidente do Segurado):**

a) **quaisquer ferimentos causados propositadamente no Segurado pelo Responsável pelo Pagamento, pelo(s) Beneficiário(s), por ele próprio ou pelos seus respectivos Representantes Legais. No caso de ferimentos causados propositadamente no Segurado por ele próprio, caracterizando sua tentativa de suicídio, esta exclusão é válida se o evento ocorrer nos 2 (dois) primeiros anos da data de vigência do seguro, ou após novo prazo de 2 (dois) anos a partir da data da reabilitação do seguro;**
b) **quaisquer ferimentos decorrentes de ação criminosa praticada pelo Segurado; e**
c) **para a perda de movimento de oposição do polegar (função de pinça), temos as seguintes exclusões:**
   - **decorrente de causas não acidentais;**
   - **parcial decorrente de acidente;**
   - **decorrente de doenças quaisquer;**
   - **decorrente de cirurgias, mesmo que erros médicos;**
   - **decorrente de autoflagelação ou automutilação;**
   - **decorrente de mutilação intencional, mesmo que praticada por outro indivíduo;**
   - **decorrente de condições congênitas, mesmo que parcialmente;**

- **decorrente de doenças preexistentes, mesmo que parcialmente;**
- **decorrente de condições/acidentes preexistentes agravadas (acidente anterior/amputação anterior de alguns dedos);**
- **decorrente de acidente durante estado alterado por drogas ou álcool;**
- **decorrente de acidentes com implicações criminais ao segurado;**
- **decorrente de reimplante da mesma parte anatômica, sem perda total da função;**

4. Âmbito Territorial da Cobertura

Este seguro abrange os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5. Idade do Segurado

5.1. Para cálculo do Prêmio, deverão ser considerados o sexo e a idade completa do Segurado na data da assinatura da Proposta, desprezando-se quaisquer frações de ano.

5.2. A idade mínima para contratação do seguro é de 14 (quatorze) anos e a máxima de 70 (setenta) anos.

5.3. O Proponente menor de 18 (dezoito) anos, por ocasião do preenchimento da Proposta de Contratação de Seguro de Vida, será representado ou assistido pelos pais, tutores ou curadores, observada a legislação vigente.

6. Vigência do Seguro

6.1. A vigência da cobertura básica é por toda a vida do Segurado, desde que sejam pagos os Prêmios referentes ao período de pagamento de 30 (trinta) anos, observada a cláusula 16 (Cancelamento do Seguro) e os limites estabelecidos no item 2.1.2.

6.1.1. O início de vigência da cobertura contratada será a data do recebimento, pela Seguradora, da Proposta de Contratação de Seguro de

Vida devidamente preenchida e assinada, com o comprovado pagamento da antecipação do primeiro Prêmio, respeitado o disposto na cláusula 7 (Aceitação do Seguro) destas condições gerais.

6.1.2. Caso a Proposta de Contratação de Seguro de Vida tenha sido recepcionada pela Seguradora sem a comprovação do pagamento da antecipação do primeiro Prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da Proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

6.1.3. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24h da data para tal fim nela indicada.

6.2. O início e término de vigência de cada cobertura opcional serão fixados na Apólice, conforme os critérios especificados nas respectivas condições especiais.

6.2.1. A vigência de cada cobertura opcional poderá não coincidir com a vigência da cobertura básica, devendo a cobertura iniciar e terminar dentro do período de vigência da respectiva Apólice.

7. Aceitação do Seguro

7.1. A aceitação ou a reabilitação deste seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

7.2. A celebração, alteração ou reabilitação deste seguro será feita mediante Proposta específica para solicitação. Deverão ser apresentados pelo Proponente todos os elementos essenciais para análise e aceitação do risco conforme estipulado pela Seguradora.

7.3. A Seguradora fornecerá ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo identificando a Proposta de Contratação por ela recepcionada, com indicação da data e da hora de seu recebimento.

7.3.1. No caso de seguro sobre a vida de outros, o Responsável pelo Pagamento será obrigado a declarar o seu interesse pela preservação

da vida do Segurado.

7.4. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a Proposta, seja para seguro novo, alteração, renovação ou reabilitação do seguro.

7.5. Após o recebimento da Proposta, caso a Seguradora solicite ao Proponente a realização de exames e/ou informações complementares, será observado o seguinte:

7.5.1. A realização dos exames complementares será custeada pela Seguradora. Não serão cobrados, no período de realização dos exames, quaisquer Prêmios adicionais àqueles pagos antecipadamente na apresentação da Proposta.

7.5.2. Caso solicitado pela seguradora, o Proponente terá o prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de recebimento da Proposta na Seguradora, para:

a) realização ou apresentação de cópias de exames;
b) prestação ou apresentação de informações médicas essenciais e/ou complementares a partir de qualquer profissional de saúde ou instituição médica sobre sua condição de saúde; ou
c) prestação ou apresentação de informações que estejam incompletas e/ou complementares.

Os prazos não são cumulativos e o não cumprimento destes caracterizará a recusa do risco pela Seguradora.

7.5.3. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias sofrerá suspensão durante o período em que a Seguradora estiver esperando a entrega dos exames e/ou informações complementares solicitados, e continuará a correr após o seu recebimento, podendo a Seguradora solicitar mais de uma vez novos exames.

7.5.4. Se, após o recebimento do resultado dos exames e informações solicitados, a Seguradora manifestar-se pela aceitação da Proposta de Contratação de Seguro de Vida com ajuste do valor do Prêmio, a aceitação integral da Proposta dependerá da concordância expressa

do Proponente e do pagamento da diferença da antecipação do primeiro Prêmio pago em relação ao novo valor informado, no prazo estipulado pela Seguradora.

7.6. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da Proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo de 15 (quinze) dias, caracterizará a aceitação tácita da Proposta, ressalvadas as disposições do item 7.5.

7.7. Em caso de recusa do risco da Proposta de Contratação de Seguro de Vida, em que tenha havido pagamento de Prêmio, o valor pago será restituído ao responsável pelo referido pagamento, integralmente.

7.7.1. Os Prêmios serão devolvidos no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da data de expedição da comunicação formal, calculados na forma da legislação em vigor.

7.7.2. Qualquer devolução do Prêmio após o prazo anteriormente citado será efetuada no valor do Prêmio acrescido de multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

7.7.3. Além da multa anteriormente citada, será acrescentada ao valor do Prêmio a atualização monetária, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data da recusa do risco até a data do seu efetivo pagamento, acrescida de juro de 1% a.m. (um por cento ao mês), em base *pro rata temporis*.

8. Declarações Inexatas e Omissões

8.1. **Se o Segurado, seu representante ou a Corretora de Seguros/ Corretor fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias, eventos relacionados a saúde, hobbies, esportes e profissão que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito às garantias, além de ficar obrigado ao pagamento do Prêmio vencido, de acordo com a legislação em vigor.**

8.1.1. **É imprescindível que todas as informações sejam**

prestadas, independentemente do momento em que a circunstância ou evento tenha ocorrido ou, ainda, se já tiver ocorrido liberação médica relacionada a saúde. Também devem ser informados exames médicos já realizados ou em andamento/sob investigação.

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, seu representante ou a Corretora de Seguros/Corretor, 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 de benefício:**

   a) **cancelar o seguro, após o pagamento do benefício, 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(s) Beneficiário(s), ou ainda 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, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de Prêmio cabível.**

8.2. **Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, independentemente de notificação ou interpelação judicial, o Segurado e seu(s) Beneficiário(s) perderão o direito às coberturas do seguro contratado, ficando este anulado, sem que caibam quaisquer valores à parte infratora, nas seguintes situações:**

a) **tentativa do Segurado, de seu(s) Beneficiário(s) ou do Representante Legal de um ou de outro de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;**
b) **ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado, pelo(s) seu(s) Beneficiário(s) ou pelo Representante Legal de um ou de outro, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro; e/ou**
c) **descoberta, pela Seguradora, de declarações inexatas graves ou omissões, que dispõem sobre Doenças e Lesões Preexistentes do Segurado ou relacionadas ao histórico médico familiar dele, ou, ainda, à prática de esportes e hobbies ou à sua atividade profissional.**

8.3. **Conforme disposto na legislação vigente, caso o Segurado agrave intencionalmente o seu risco coberto pelo seguro, perderá o direito ao benefício. E, ainda, caso saiba sobre qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto durante a vigência do seguro, está obrigado a comunicar o fato de imediato à Seguradora.**

8.3.1. Contudo, devido à estruturação técnica deste seguro, a Seguradora não utilizará a informação de agravamento do risco coberto para alterar direitos e deveres ora previstos nestas condições gerais e especiais, incluindo a decisão de cancelar o seguro, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de Prêmio, exceto em casos de reabilitação do seguro conforme a cláusula 14 (Suspensão e Reabilitação do Seguro) e seguintes destas condições gerais.

9. Capital Segurado

9.1. O Capital Segurado representa o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora como benefício, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela Apólice, vigente na data do evento.

9.1.1. O Capital Segurado será estabelecido, por cobertura, na Apólice de Seguro de Vida, conforme proposto pelo Segurado, respeitados os limites mínimos e máximos previamente estabelecidos pela Seguradora.

9.1.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado para estipulação de benefício:

I. Para a cobertura de Morte, a data da morte;
II. Para as Coberturas de Acidentes Pessoais, inclusive morte acidental, a data do acidente.

9.2. **Alteração do Capital Segurado**

9.2.1. O Segurado poderá solicitar, a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os Prêmios pagos em dia, a alteração do Capital Segurado, por meio de formulário apropriado submetido à Seguradora, e esta alteração somente produzirá efeito a partir da respectiva aceitação, formalizada.

9.2.2. **A aceitação da alteração de Capital Segurado estará sujeita à análise de risco, conforme previsto na cláusula 7 (Aceitação do Seguro) destas condições gerais.**

9.2.3. **Para manter as coberturas do seguro em vigor, deverão ser respeitados os limites mínimos e máximos de Capital Segurado e de Prêmio previamente estabelecidos e informados pela Seguradora.**

9.2.4. No caso de redução do Capital Segurado, o Valor de Resgate da cobertura básica, já constituído conforme cláusula 17 (Valor de Resgate da Cobertura Básica), será reduzido na mesma proporção do

Capital Segurado. A diferença entre o Valor de Resgate antes e após a redução será paga ao Segurado na efetivação da redução.

9.2.5. Após a alteração do Capital Segurado, para manter as coberturas contratadas em vigor, o Responsável pelo Pagamento deverá continuar pagando os Prêmios das coberturas contratadas. Os valores dos Prêmios serão alterados com base no Capital Segurado.

10. Pagamento do Prêmio

10.1. O período de pagamento de Prêmios é de 30 (trinta) anos e está devidamente informado na Proposta de Contratação de Seguro de Vida e na Apólice.

10.2. Os Prêmios deste seguro são cobrados antecipadamente em relação ao Período de Vigência, custeados totalmente pelo Responsável pelo Pagamento, a crédito da Seguradora, por intermédio da rede bancária, cartão de crédito ou outra forma admitida em lei, conforme estabelecido na Proposta de Contratação de Seguro de Vida.

10.2.1. **Se ficar caracterizado o não pagamento dos Prêmios para qualquer forma de pagamento, o seguro estará sujeito ao disposto nas cláusulas 11 (Período de Tolerância) e 14 (Suspensão e Reabilitação do Seguro) destas condições gerais.**

10.2.2. **Se a forma de pagamento escolhida for débito automático em conta-corrente, e se não houver manifestação do Responsável pelo Pagamento em até 30 (trinta) dias antes do dia do débito, o cancelamento não será aceito.**

10.2.3. O Responsável pelo Pagamento poderá autorizar a Seguradora a reemitir, na conta-corrente ou no cartão de crédito do Responsável pelo Pagamento, o débito vencido e não pago.

10.3. **Na falta de pagamento do primeiro Prêmio na data indicada, as coberturas relativas a este seguro não entrarão em vigor.**

10.4. O segundo Prêmio e os subsequentes serão devidos e exigíveis para pagamento até as datas de seus vencimentos, durante todo o período

de pagamento dos Prêmios, conforme exposto na Apólice, observado o disposto no subitem 2.1.2, referente à Garantia Dispensa de Prêmio.

10.5. A data de vencimento do Prêmio mencionada na alínea anterior e a periodicidade de pagamento serão estabelecidas pelo Responsável pelo Pagamento na Proposta de Contratação de Seguro de Vida. Quando a data de vencimento coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do Prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

10.6. Periodicidade do Pagamento

10.6.1. Os Prêmios podem ser pagos de forma anual ou mensal, conforme escolha do Responsável pelo Pagamento na ocasião da contratação do seguro.

10.6.2. O valor de cada Prêmio anual, calculado atuarialmente e já atualizado monetariamente, será cobrado em 12 (doze) parcelas mensais sucessivas, se assim o Responsável pelo Pagamento optar, conforme definido em Nota Técnica Atuarial protocolada na Susep, multiplicando o valor do prêmio anual pelo fator a seguir:

Periodicidade	Fator
Mensal	0,0856

10.7. O Responsável pelo Pagamento poderá solicitar mudança na periodicidade, na forma de pagamento do Prêmio e/ou na data do vencimento.

10.8. Os valores dos Prêmios serão modificados no 6º (sexto) e no 11º (décimo primeiro) ano, de acordo com a tabela abaixo:

Período de pagamento dos Prêmios	% do Prêmio do 11º ano em diante
Do 1º ao 5º ano	60%
Do 6º ao 10º ano	65%
Do 11º ano ao 30º ano	100%

10.9. Durante o Período de Tolerância, qualquer pagamento em atraso será efetuado pelo valor do Prêmio vencido acrescido de multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

10.10. Além da multa anteriormente citada, será acrescentada ao valor do Prêmio vencido e não pago a atualização monetária, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data de seu respectivo vencimento até a data de sua efetiva liquidação, acrescida de juro de 1% a.m. (um por cento ao mês), em base *pro rata temporis*.

11. Período de Tolerância

11.1. O Período de Tolerância é definido como o período de 60 (sessenta) dias ininterruptos, a ser contado a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do Prêmio vencido e não pago, durante o qual o Segurado ainda fará jus às coberturas contratadas.

11.2. **Se, durante o Período de Tolerância, ocorrer algum evento coberto, quaisquer Prêmios devidos e não pagos serão deduzidos do valor do benefício.**

11.3. **Se, findo o Período de Tolerância, os Prêmios vencidos e não pagos não forem quitados na forma descrita nos itens 10.9 e 10.10, o seguro será suspenso, conforme item 14.2 destas condições gerais.**

11.4 A Reserva técnica continuará sendo constituída normalmente durante o Período de Tolerância.

12. Mudança para Seguro com Valor Saldado

12.1. O Segurado poderá, a partir do 25º (vigésimo quinto) mês da emissão da Apólice, desde que o seguro esteja com os Prêmios pagos em dia, e durante o período de pagamento dos Prêmios, mudar o seguro original para Seguro com Valor Saldado, interrompendo o pagamento dos Prêmios a vencer, desde que seja respeitado o Capital Segurado mínimo estipulado pela Seguradora e observado o item 12.4. A solicitação deve ser feita em formulário apropriado, com base no critério definido no item a seguir.

12.1.1. **Após a mudança para Seguro com Valor Saldado por solicitação do Segurado, não será possível retornar ao valor original de Capital Segurado.**

12.2. O Valor de Resgate da cobertura básica disponível na data da solicitação será utilizado para quitação do seguro em parcela única pelo período de vigência originalmente contratado. Desta forma, o Capital Segurado será reduzido em função do Prêmio único utilizado para sua quitação. Neste caso, as demais características da cobertura básica originalmente contratada não sofrerão alterações, sendo mantidos o seu período de cobertura original e todas as suas garantias, exceto a Garantia Dispensa de Prêmio, conforme alínea **c** do subitem 2.1.2.3.

12.3. Após a mudança, a Seguradora emitirá um documento com as informações pertinentes à mudança para Seguro com Valor Saldado, **e as coberturas opcionais vinculadas serão canceladas com o pagamento da Reserva técnica, quando a formação desta Reserva estiver prevista nas respectivas condições especiais.**

12.4. Caso a mudança para Seguro com Valor Saldado solicitada não seja possível, o segurado será comunicado e nenhuma alteração será realizada no seguro.

13. Mudança para Seguro com Benefício Prolongado

13.1. O Segurado poderá, a partir do 25º (vigésimo quinto) mês da emissão da Apólice, desde que o seguro esteja com os Prêmios pagos

em dia e durante o período de pagamento dos Prêmios, mudar o seguro original para Seguro com Benefício Prolongado, interrompendo o pagamento dos Prêmios a vencer, desde que seja respeitado o Período de Vigência mínimo estipulado pela Seguradora e observado o item 13.4. A solicitação deve ser feita em formulário apropriado, com base no critério definido no item a seguir.

13.2. O Valor de Resgate da cobertura básica disponível na data da solicitação será utilizado para quitação do seguro em parcela única. Desta forma, o período de vigência da cobertura básica será reduzido em função do Prêmio único pago. Neste caso, o Capital Segurado após a mudança será o mesmo que o Capital Segurado vigente, e as demais garantias da cobertura básica originalmente contratada não sofrerão alterações, exceto as garantias Dispensa de Prêmio e Antecipação Total ou Parcial de Benefício Pago em Vida que serão canceladas conforme alínea **d** do subitem 2.1.2.3 e alínea **a** do subitem 2.1.4.1.

13.2.1. Serão mantidas as características de atualização monetária até que finde o novo período da cobertura básica estipulado. **Ao se tornar um seguro temporário, não haverá constituição nem possibilidade de solicitação de Valor de Resgate.**

13.3. Após a mudança, a Seguradora emitirá um documento com as informações pertinentes à mudança para Seguro com Benefício Prolongado, **e as coberturas opcionais vinculadas serão canceladas com o pagamento da Reserva técnica, quando a formação desta Reserva estiver prevista nas respectivas condições especiais.**

13.4. Caso a mudança para Seguro com Benefício Prolongado solicitada não seja possível, o segurado será comunicado e nenhuma alteração será realizada no seguro.

14. Suspensão e Reabilitação do Seguro

14.1. Na falta de pagamento dos Prêmios e após o decurso do Período de Tolerância, caso haja Valor de Resgate, a Seguradora realizará, automaticamente, a mudança para Valor Saldado, conforme descrito na cláusula 12 destas Condições Gerais.

14.2. Caso não haja Valor de Resgate ou o Capital Segurado reduzido em função da mudança para Seguro com Valor Saldado não respeite o mínimo estipulado pela Seguradora, a Apólice ficará suspensa por 3 (três) anos, a contar do dia imediatamente posterior ao último dia do Período de Tolerância. Este período de 3 (três) anos é chamado de Período de Suspensão.

14.2.1. **Não haverá cobertura dos sinistros ocorridos e nem cobrança de Prêmios durante o Período de Suspensão.**

14.3. Durante o Período de Suspensão, o Segurado poderá solicitar uma das seguintes alternativas:

I. Reabilitação do seguro, mediante preenchimento de Proposta específica, sujeitando-se a novo processo de aceitação do risco, conforme cláusula 7 (Aceitação do Seguro) destas condições gerais; ou
II. Cancelamento do seguro com pagamento pela Seguradora do Valor de Resgate já constituído.

14.4. O valor devido para a reabilitação corresponderá ao montante necessário para recompor, na data da reabilitação da Apólice original, a Reserva técnica referente à cobertura básica e às coberturas opcionais contratadas, quando a formação desta Reserva estiver prevista nas respectivas condições especiais, além dos demais direitos e garantias da Apólice e despesas de administração. Seu valor será calculado caso a caso, em função do sexo e da idade do Segurado, do tempo de vigência da respectiva Apólice, do Período de Suspensão e do Capital Segurado em vigor.

14.4.1. A reabilitação da Apólice se dará na data do recebimento, pela Seguradora, da Proposta de Reabilitação devidamente preenchida e assinada, com o comprovado pagamento do valor devido pela reabilitação da Apólice, respondendo a Seguradora, nesta hipótese, pelos sinistros ocorridos a partir de então.

14.4.2. A Apólice estará cancelada se, findo o Período de Suspensão, o Segurado não tiver optado pela reabilitação. Nesse caso, a Seguradora pagará ao Segurado a Reserva técnica, já constitu-

ída, atualizada monetariamente com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data da última variação da Reserva técnica até o efetivo pagamento.

15. Período de Não Contestação

A Seguradora não poderá contestar o pagamento do benefício em casos de Doenças ou Lesões Preexistentes do Segurado, desde que respeitadas as regras estabelecidas na cláusula 8 (Declarações Inexatas e Omissões), se, na data do evento, os seguintes prazos, aplicáveis conforme a hipótese, já tiverem decorrido:

a) 24 (vinte e quatro) meses da data de emissão da Apólice ou da data da reabilitação do seguro, aprovada pela Seguradora, caso o Segurado tenha sido submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação ou de Reabilitação; ou
b) 60 (sessenta) meses da data de emissão da Apólice ou da data da reabilitação do seguro, aprovada pela Seguradora, caso o Segurado não tenha se submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação ou de Reabilitação.

16. Cancelamento do Seguro

16.1. Direito de Cancelar o Seguro

16.1.1. O Segurado/Responsável pelo Pagamento tem o direito de cancelar o seguro, mediante requerimento por escrito enviado à Seguradora. Com o cancelamento do seguro, o contrato se tornará nulo de pleno direito, não podendo ser reabilitado. Após o recebimento do requerimento do cancelamento, a Seguradora devolverá qualquer Prêmio líquido recebido, livre de taxas ou encargos que tenham recaído sobre ele, calculado na forma da lei.

16.1.2. Entretanto, o item anterior ficará sem validade quando o Responsável pelo Pagamento efetuar o pagamento do segundo Prêmio ou após decorridos 30 (trinta) dias da emissão da Apólice, mesmo que o Segurado não a tenha recebido. Neste caso o seguro será can-

celado sem a devolução do Prêmio líquido recebido pela Seguradora, considerando o exposto na cláusula 17 (Valor de Resgate da Cobertura Básica).

16.2. Além das situações mencionadas anteriormente e em outras cláusulas destas condições gerais, o Seguro será cancelado:

a) com o pagamento do Benefício ao(s) Beneficiário(s) por morte do Segurado durante o Período de Vigência do seguro;
b) com o pagamento do Benefício ao Segurado por Invalidez Permanente e Total por Acidente durante o Período de Vigência do seguro;
c) com o fim do novo período temporário após mudança para Seguro com Benefício Prolongado;
d) com a solicitação integral da Garantia de Antecipação de Benefício Pago em Vida;
e) quando o Valor de Resgate igualar-se a zero;
f) quando a soma do montante principal mais os juros acumulados de qualquer Assistência Financeira e/ou Assistência Financeira Automática concedida, quando disponível para contratação, atingir 80% (oitenta por cento) do Valor de Resgate da cobertura básica disponível ao qual o Segurado teria direito caso não houvesse solicitado tal Assistência Financeira; ou
g) mediante acordo entre as partes contratantes, com a solicitação expressa do Segurado nesse sentido, sendo devido o Valor de Resgate, conforme cláusula 17 destas condições gerais, quando houver.

16.3. Quaisquer cobranças de Prêmios efetuados indevidamente pela Seguradora, pagamento de Prêmio ou outros valores, após a data de cancelamento do seguro, serão nulos e sem qualquer efeito, independentemente de aviso ou notificação, ficando à disposição do Responsável pelo Pagamento a importância paga indevidamente, calculada na forma da lei.

16.4. A Apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora durante a sua vigência, sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

17. Valor de Resgate da Cobertura Básica

17.1. O Valor de Resgate é uma característica desse seguro de vida vitalício, cujo valor de prêmio pago não sofre aumento por conta da alteração da idade do segurado durante sua vigência.

17.2. O Segurado terá direito ao Valor de Resgate nos prazos e valores previstos nestas Condições Gerais e na Apólice de seguro vigente.

17.3. O Valor de Resgate considera variados fatores de risco, a partir das características da pessoa que deseja contratar o seguro e do tipo de cobertura contratada, como, por exemplo:

a) idade na data da contratação do seguro e sexo;
b) variáveis biométricas (mortalidade, morbidade, invalidez e outras) e taxas de juros;
c) capital segurado, valor e período de pagamento dos prêmios escolhidos na contratação do seguro de vida.

17.3.1. Serão deduzidos do pagamento do Valor de Resgate possíveis valores devidos pelo Segurado à Seguradora, como:

a) montante principal e juros acumulados em quaisquer Assistências Financeiras utilizadas e ainda não quitadas;
b) quaisquer prêmios devidos e não pagos, acrescidos de multa, juros e atualização monetária.

17.3.2. O Valor de Resgate será liberado por crédito em conta bancária indicada e de titularidade do segurado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data do recebimento do pedido na seguradora, desde que a documentação esteja completa.

17.4. O Valor de Resgate não corresponde ao valor total dos prêmios pagos pela Cobertura Básica.

17.5. O Valor de Resgate não é nem se assemelha a investimento ou plano de previdência, portanto, não deve com eles ser confundido.

17.6. O Valor de Resgate começa a ser constituído a partir do 25º (vigésimo quinto) mês de vigência da apólice, quando então poderá ser solicitado pelo Segurado, que pode recebê-lo:

a) em sua totalidade, com cancelamento integral da apólice;
b) em parte, sendo reduzido o capital segurado da cobertura básica vitalícia na mesma proporção.

17.7. O Valor de Resgate pode ser consultado:

a) na proposta eletrônica de contratação do seguro de vida;
b) na apólice do seguro de vida;
c) junto à seguradora, por meio dos seus canais de atendimento, digitais ou telefônicos, bem como diretamente com o corretor de seguros.

17.7.1. Ao Valor de Resgate apresentado na proposta eletrônica de contratação e apólice do Seguro de Vida ainda serão aplicadas as atualizações monetárias, conforme apuração prevista na cláusula 21.4, não sendo adequado simular quaisquer projeções de índices inflacionários ou rentabilidade financeira.

17.8. Quando houver pagamento de benefício da cobertura básica, a Apólice será integralmente cancelada e não haverá mais direito ao recebimento de Valor de Resgate.

18. Designação ou Mudança de Beneficiário(s)

18.1. É facultado ao Segurado, a qualquer momento, designar ou modificar o(s) Beneficiário(s) da sua Apólice, devendo comunicar tal designação ou mudança à Seguradora, por escrito. A mudança somente se tornará efetiva no dia do recebimento da solicitação pela Seguradora.

18.2. A Seguradora efetuará o pagamento do Benefício referente ao evento coberto por este seguro ao(s) Beneficiário(s) Primário(s) expressamente designado(s) pelo Segurado, observadas demais disposições destas condições gerais.

18.3. Havendo a indicação de Beneficiário(s) Secundário(s), este(s) receberá(ão) o Benefício apenas quando não houver Beneficiário(s) Primário(s) vivo(s) ou, ainda, se eventual(is) herdeiro(s) do(s) Beneficiário(s) Primário(s) não tiver(em) adquirido direito ao seu recebimento enquanto o(s) Beneficiário(s) Primário(s) ainda estava(m) vivo(s).

18.4. Existindo a indicação de Beneficiário(s) Terciário(s), este(s) receberá(ão) o Benefício apenas quando não houver Beneficiário(s) Primário(s) e Secundário(s) vivo(s) ou, ainda, se eventual(is) herdeiro(s) do(s) Beneficiário(s) Secundário(s) não tiver(em) adquirido direito ao seu recebimento enquanto o(s) Beneficiário(s) Secundário(s) ainda estava(m) vivo(s).

18.5. Na falta de indicação de Beneficiário, ou na perda desta condição por parte do(s) Beneficiário(s) indicado(s), o Benefício será pago de acordo com a legislação vigente.

18.5.1. Para efeito de pagamento do Benefício, só serão admitidas(os) companheiras(os) se, ao tempo da contratação do seguro, o(a) Segurado(a) encontrar-se solteiro(a), separado(a) judicialmente ou já estiver separado(a) de fato, de acordo com o previsto na legislação em vigor.

19. Pagamento do Benefício

19.1. **Ocorrido o sinistro, este deverá ser comprovadamente comunicado, por escrito, à Seguradora, pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s) indicado(s), logo que o saiba(m).**

19.2. **Quando previsto o pagamento do Benefício de um evento coberto por este seguro, a ocorrência do sinistro bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas deverão ser satisfatoriamente comprovadas.**

19.3. **O Segurado, por ocasião de um Acidente Pessoal, deverá recorrer imediatamente, às suas custas, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.**

19.4. **Os documentos básicos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à Seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada.**

19.4.1. **Sinistro por Morte do Segurado:**

a) Certidão de Óbito do Segurado;
b) Certidão de Casamento atualizada do Segurado, se for o caso;
c) Documento de Identidade e CPF do Segurado e Beneficiário(s);
d) Certidão de Nascimento do Segurado e Beneficiário(s), quando menor(es) de 18 (dezoito) anos;
e) Comprovante de Residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s), não podendo ser anterior a 3 (três) meses;
f) Comprovante de telefone e DDD do Segurado e Beneficiário(s);
g) Comprovante de profissão do Segurado e Beneficiário(s);
h) Comprovante do patrimônio estimado ou renda mensal do Segurado e Beneficiário(s);
i) CNPJ e Contrato/Estatuto Social, caso o Beneficiário seja Pessoa Jurídica;
j) Comprovante de endereço do Beneficiário Pessoa Jurídica, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;
k) Comprovante de telefone e DDD do Beneficiário Pessoa Jurídica;
l) Comprovante da situação patrimonial e financeira em caso de Beneficiário Pessoa Jurídica;
m) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, se este era o condutor na ocasião do acidente;
n) Brevê de Piloto e Atestado de Navegabilidade de Aeronave do Segurado, se este era o piloto na ocasião do acidente;
o) Carteira de Habilitação Náutica do Segurado, se este era o piloto da embarcação na ocasião do acidente;
p) Resultado do exame de dosagem alcoólica no sangue e laudo toxicológico, se o Segurado era o condutor do veículo, aeronave ou embarcação na ocasião do acidente;
q) Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
r) Documento assinado pelo médico assistente do Segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico

médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo, com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;

s) Cópia do prontuário médico de internação hospitalar do Segurado, em caso de ter havido internação;
t) Boletim de Ocorrência Policial, em caso de morte violenta ou suspeita;
u) Auto de Reconhecimento de Cadáver, exame odonto-legal de reconhecimento ou de DNA, se a morte for por carbonização;
v) Laudo de Necropsia (Laudo do Exame Cadavérico do Instituto Médico Legal – IML), em caso de morte violenta ou suspeita;
w) Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor e órfão de pai e mãe;
x) Quando o Beneficiário tiver alienação mental total e incurável ou, ainda, em qualquer hipótese legalmente prevista, poderá ser necessária a apresentação de Termo de Curatela; e
y) Opção de Recebimento do Benefício assinada por cada Beneficiário (formulário fornecido pela Seguradora). No caso de Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, seu responsável direto deverá assinar o documento.

19.4.2. **Sinistro por Invalidez Permanente e Total por Acidente do Segurado:**

a) Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu Representante Legal;
b) Documento assinado pelo médico assistente do Segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
c) Documento de Identidade e CPF do Segurado;
d) Certidão de Nascimento do Segurado, quando menor de 18 (dezoito) anos;
e) Comprovante de Residência do Segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;
f) Comprovante de telefone e DDD do Segurado;

g) Comprovante de profissão do Segurado;
h) Comprovante do patrimônio estimado ou renda mensal do Segurado;
i) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
j) Cópia do prontuário médico de internação hospitalar do Segurado, em caso de ter havido internação;
k) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, se este era o condutor na ocasião do acidente;
l) Brevê de Piloto e Atestado de Navegabilidade de Aeronave do Segurado, se este era o piloto na ocasião do acidente;
m) Carteira de Habilitação Náutica do Segurado, se este era o piloto da embarcação na ocasião do acidente;
n) Resultado do exame de dosagem alcoólica no sangue e laudo toxicológico, se o Segurado era o condutor do veículo, aeronave ou embarcação na ocasião do acidente;
o) Cópias de exames desde a data do acidente até a alta médica;
p) CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se o acidente ocorreu em local de trabalho;
q) Resultado do Exame de Corpo de Delito realizado pelo Instituto Médico Legal (IML), se tiver sido realizado; e
r) Declaração médica, reconhecendo o estado de Invalidez Permanente e Total por Acidente. A assinatura do médico deverá ter firma reconhecida.

19.4.3. **Sinistro por Dispensa de Prêmio (em caso de Invalidez Permanente e Parcial por Acidente do Segurado):**

a) Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu Representante Legal;
b) Documento assinado pelo médico assistente do Segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
c) Documento de Identidade e CPF do Segurado;
d) Certidão de Nascimento do Segurado, quando menor de 18 (dezoito) anos;

e) Comprovante de Residência do Segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;
f) Comprovante de telefone e DDD do Segurado;
g) Comprovante de profissão do Segurado;
h) Comprovante do patrimônio estimado ou renda mensal do Segurado;
i) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
j) Cópia do prontuário médico de internação hospitalar do Segurado, em caso de ter havido internação;
k) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, se este era o condutor na ocasião do acidente;
l) Brevê de Piloto e Atestado de Navegabilidade de Aeronave do Segurado, se este era o piloto na ocasião do acidente;
m) Carteira de Habilitação Náutica do Segurado, se este era o piloto da embarcação na ocasião do acidente;
n) Resultado do exame de dosagem alcoólica no sangue e laudo toxicológico, se o Segurado era o condutor do veículo, aeronave ou embarcação na ocasião do acidente;
o) Cópias de exames desde a data do acidente até a alta médica;
p) CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se o acidente ocorreu em local de trabalho;
q) Resultado do Exame de Corpo de Delito realizado pelo Instituto Médico Legal (IML), se tiver sido realizado; e
r) Declaração médica, reconhecendo o estado de Invalidez Permanente e Parcial por Acidente. A assinatura do médico deverá ter firma reconhecida.

19.4.4. **Sinistro por Antecipação Total ou Parcial de Benefício Pago em Vida:**

a) Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu Representante Legal;
b) Documento assinado pelo médico assistente do Segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
c) Documento de Identidade e CPF do Segurado;

d) Certidão de Nascimento do Segurado, quando menor de 18 (dezoito) anos;
e) Comprovante de Residência do Segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;
f) Comprovante de telefone e DDD do Segurado;
g) Comprovante de profissão do Segurado;
h) Comprovante do patrimônio estimado ou renda mensal do Segurado;
i) Cópia do prontuário médico de internação hospitalar do Segurado, em caso de ter havido internação;
j) Cópias de exames realizados pelo Segurado nos últimos 2 (dois) anos, principalmente aqueles realizados durante o tratamento da doença que motivou a solicitação da Antecipação de Benefício Pago em Vida;
k) Declaração médica informando a sobrevida do Segurado e se todos os recursos terapêuticos foram realizados. A assinatura do médico deverá ter firma reconhecida.

19.4.5. **As despesas efetuadas com a comprovação do evento e obtenção dos documentos necessários correrão por conta do(s) Solicitante(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**

19.4.6. Os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao pagamento do benefício, caso aplicável, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

19.5. **A Seguradora está autorizada, em caso de dúvida fundada e justificável, a tomar todas as providências necessárias à plena elucidação dos fatos, arcando com os custos correspondentes, para obter uma explicação completa sobre o evento ocorrido, podendo, inclusive, solicitar documentos que considerar necessários à comprovação do fato alegado, além daqueles descritos no item 19.4.**

19.6. **Estando de posse de toda a documentação solicitada no item 19.4, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para aceitar e efetuar o pagamento do Benefício ou recusar o seu pagamento. Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao inte-**

ressado no benefício outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil subsequente à chegada do último documento solicitado.

19.7. **No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão das lesões, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por escrito, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.**

19.7.1. **A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo(s) Beneficiário(s) ou Segurado e pela Seguradora.**

19.7.2. **A junta médica descrita anteriormente deve estar formada em até 15 (quinze) dias após a nomeação do médico representante do Segurado.**

19.8. Quando necessário para a regulação do sinistro, a seguradora poderá determinar a realização de uma perícia médica, que terá acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do segurado, com direito a realizar visita domiciliar ou hospitalar, requerer e proceder a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial, e os resultados apurados, incluindo os laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado ou seu representante legal, seu médico e a seguradora.

19.9. **As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmos, no reconhecimento da obrigação de pagamento de qualquer benefício.**

19.10. Se o Segurado falecer durante a vigência do seguro em razão de um evento coberto, a Seguradora pagará o Benefício por Morte ao(s) seu(s) Beneficiário(s).

19.11. Se o Segurado ficar total e permanentemente inválido durante a vigência do seguro, em razão de pelo menos um dos eventos cobertos no subitem 2.1.3 destas condições gerais, a Seguradora pagará o Benefício por Invalidez ao próprio Segurado. Se não for comprovada a Invalidez Permanente e Total por Acidente do Segurado, a Seguradora manterá o seguro em vigor como se nenhuma solicitação de benefício tivesse sido feita, e o Responsável pelo Pagamento deverá continuar pagando os Prêmios até o fim do período de pagamento do seguro para que as coberturas sejam mantidas.

19.12. O valor do Benefício será atualizado monetariamente entre a data da ocorrência do evento segurado e a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada na forma da lei.

19.13. Quando se tratar de pagamento em forma de renda, o valor da renda será pago antecipadamente e será atualizado e recalculado conforme item 21.6 destas condições gerais.

19.13.1. Se o Beneficiário de uma das opções de recebimento em forma de renda descritas no item 20.1 falecer durante o período de recebimento do benefício, a Seguradora pagará ao herdeiro legal deste Beneficiário o valor total das prestações a receber. Nesse caso, será calculado o valor presente das prestações futuras, descontadas a uma taxa de juros de 2% a.a. (dois por cento ao ano).

19.14. Caso a periodicidade de pagamento do Prêmio escolhida tenha sido anual, o valor do Benefício será atualizado monetariamente, ainda, entre a data do último aniversário da Apólice e a data de ocorrência do evento coberto, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, contada a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.

19.15. Qualquer pagamento de Benefício feito após o prazo descrito no item 19.6 será efetuado no valor do Benefício acrescido de multa de 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez.

19.16. Além da multa anteriormente citada, será acrescentada ao valor do Benefício a atualização monetária pelo IPCA/IBGE acumulada

desde a data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, acrescida de juro de 1% (um por cento) ao mês, em base *pro rata temporis*.

19.17. O pagamento do Benefício deverá ser feito em cheque não endossável nominativo ao(s) Beneficiário(s), conforme o caso, ou crédito em conta bancária de sua titularidade.

19.18. Se o Segurado falecer durante a vigência do seguro em razão de um evento coberto, e se a Antecipação de Benefício Pago em Vida já tiver ocorrido de forma parcial, conforme subitem 2.1.4, a Seguradora deduzirá do montante do benefício a ser pago ao(s) Beneficiário(s) o total do valor já antecipado, recalculando o valor do Benefício a ser pago.

19.19. Se o seguro tiver sido mudado para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado, o montante a ser pago pela Seguradora como Benefício por Morte ou como Benefício por Invalidez Permanente e Total por Acidente será o Capital Segurado após a mudança, vigente à época do sinistro.

20. Opções para Recebimento do Benefício

20.1. Após o término do processo de regulação do sinistro, o(s) Beneficiário(s) poderá(ão) escolher um dos 4 (quatro) seguintes modos de recebimento, a menos que exista prévia manifestação do Segurado indicando a forma de pagamento do benefício:

a) **Pagamento Total do Benefício**, ocasião em que o Benefício será pago de forma única e integral;
b) **Pagamento Parcial do Benefício**, ocasião em que o Benefício será pago de forma parcial, de acordo com o percentual escolhido pelo Segurado ou Beneficiário(s), e o restante, pago na forma de renda, conforme uma das opções descritas a seguir;
c) **Renda durante um Período Determinado**, em que o Benefício total ou parcial poderá ser pago, anual ou mensalmente, em forma de renda certa durante um período determinado de tempo. O valor de todas as parcelas da renda será o mesmo durante o período de pagamento desta e será estabelecido no momento

do pagamento inicial, considerando uma taxa de juros de 2% a.a. (dois por cento ao ano). Haverá recálculo a cada aniversário do evento, conforme subitem 21.6.1, além da atualização monetária prevista no item 21.6. O período determinado para pagamento da renda será igual ou inferior ao máximo estabelecido e informado pela Seguradora; ou

d) **Renda de Valor Determinado**, em que o Benefício total ou parcial poderá ser pago, anual ou mensalmente, em forma de renda certa de valor determinado até o término do valor do principal. O valor de todas as parcelas da renda será o mesmo durante o período de pagamento desta e será estabelecido no momento do pagamento inicial, considerando uma taxa de juros de 2% a.a. (dois por cento ao ano). Haverá recálculo a cada aniversário do evento, conforme subitem 21.6.1, além da atualização monetária prevista no item 21.6. O valor determinado para renda será igual ou superior ao mínimo estabelecido e informado pela Seguradora.

20.1.1. O Segurado, na ocasião do pagamento do benefício da garantia de Invalidez Permanente e Total por Acidente, descrita no subitem 2.1.3, poderá escolher qualquer um dos modos descritos no item 20.1.

20.2. A Antecipação Total ou Parcial de Benefício Pago em Vida descrita no subitem 2.1.4 somente poderá ser paga ao Segurado de forma única e integral.

20.3. Durante o pagamento do Benefício em forma de renda, o(s) Beneficiário(s) poderá(ão), a qualquer momento, a menos que exista prévia solicitação do Segurado em contrário, optar por receber em um único pagamento o total correspondente às rendas a receber. Neste caso, será calculado o valor presente das rendas futuras, descontadas a uma taxa de juros de 2% a.a. (dois por cento ao ano).

20.3.1. Na hipótese de o(s) Beneficiário(s) falecer(em) durante o recebimento do benefício em forma da renda, o valor restante do benefício será pago de forma única e integral ao(s) seu(s) respectivo(s) herdeiro(s) legal(is), conforme o disposto no subitem 19.13.1.

20.4. A Seguradora emitirá, na época da opção, para o Segurado ou Beneficiário(s) que optar(em) por uma das modalidades previstas nas alí-

neas **c** e **d** do item 20.1, um documento contendo o período determinado e o valor determinado de cada parcela de renda a ser recebida, além de outras informações pertinentes.

21. Atualização dos Valores do Seguro

21.1. Todos os valores deste Seguro de Vida serão expressos em moeda corrente nacional.

21.2. Os capitais segurados e, consequentemente, os prêmios serão atualizados anualmente, no aniversário da Apólice, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.

21.3. Os prêmios deste Seguro são nivelados durante a sua vigência, não havendo reajustes de prêmio por mudança de idade. Isso significa que serão aplicadas apenas atualizações monetárias no capital segurado e, consequentemente, nos prêmios na mesma proporção, conforme previsto no item anterior.

21.4. O Valor de Resgate será atualizado mensal e monetariamente com base na variação mensal do IPCA/IBGE do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.

21.4.1. Entre a data da solicitação e a data do efetivo pagamento, caso a apólice esteja vigente, ou entre a data do cancelamento da apólice e a data do efetivo pagamento, o Valor de Resgate solicitado será atualizado monetariamente tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada na forma da lei.

21.4.2. Qualquer pagamento do Valor de Resgate feito após o prazo descrito no item 17.3.2 será efetuado com acréscimo de multa de 2% (dois por cento) sobre o montante a ser pago.

21.4.3. Além da multa anteriormente citada, será acrescido juro de 1% a.m. (um por cento ao mês), proporcionalmente ao período decorrido (*pro rata temporis*).

21.5. A taxa de juros de 3% a.a. (três por cento ao ano) prevista neste produto já foi considerada nos valores constantes na tabela de Valor de Resgate apresentada na proposta de contratação e apólice, não sendo adequado simular sobre esses valores quaisquer projeções de índices inflacionários ou rentabilidade financeira.

21.5.1. Serão aplicadas apenas as atualizações monetárias sobre os valores de resgate informados na proposta de seguro de vida e na apólice do seguro, de acordo com o índice definido na cláusula 21.4.

21.5.2. Esses valores não correspondem à rentabilidade de investimento ou plano de previdência, que possuem natureza diversa deste seguro de vida.

21.6. No caso de benefício de morte pago em forma de renda, de acordo com o item 20.1 destas condições gerais, uma reserva técnica específica será constituída pela seguradora e atualizada monetariamente, a cada ano, na mesma data de aniversário da ocorrência do sinistro, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE durante o período de 12 (doze) meses, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.

21.6.1. O saldo desta Reserva técnica será capitalizado financeiramente, com base na taxa de juros de 2% a.a. (dois por cento ao ano). Essa capitalização financeira ocorre todos os meses durante o pagamento da renda.

21.6.2. Às rendas, será acrescido o valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal desta Reserva técnica e a atualização anual aplicada à mesma.

21.7. Para a hipótese de não ser possível seguir qualquer um dos procedimentos de atualização monetária previstos nestas condições gerais, em virtude da edição de lei ou medida governamental que altere os critérios de atualização monetária, o Responsável pelo Pagamento, o Segurado, o(s) Beneficiário(s), conforme o caso, e a Seguradora acordam o seguinte:

a) se houver extinção do IPCA/IBGE, será imediatamente utilizado como índice substitutivo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE) ou, na falta deste, o índice que vier a ser autorizado pela Susep;
b) será interrompida imediatamente a atualização monetária de todos os valores inerentes a este seguro, caso essa atualização venha a ser vedada; ou
c) se houver proibição da utilização de indexadores, a atualização monetária prevista nesta cláusula será ajustada conforme deliberação do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente para dispor sobre a matéria.

O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação judicial, de uma só vez, com os demais valores do contrato.

22. Extrato Periódico

Periodicamente, e sempre que solicitado pelo Segurado, será enviado um extrato, contendo valores atuais do Prêmio, do Capital Segurado, bem como do Valor de Resgate e outras informações necessárias ao acompanhamento dos valores inerentes ao seguro.

23. Foro

Será competente para dirimir quaisquer pendências ou dúvidas decorrentes da execução deste seguro o foro do domicílio do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto anteriormente.

24. Disposições Finais

24.1. **O Segurado deverá informar imediatamente à Seguradora qualquer mudança de endereço ou alteração nos dados de conta bancária ou cartão de crédito para cobrança de Prêmios.**

24.2. **Os prazos prescricionais serão aqueles que a legislação vigente determinar.**

24.3. **Os tributos incidirão e serão recolhidos conforme legislação em vigor.**

24.4. **As condições contratuais deste seguro encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da Apólice/Proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.**

24.5. **O registro deste plano na Susep não implica, por parte desta Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.**

24.6. **O Segurado poderá consultar a situação cadastral da sua Corretora de Seguros/Corretor no site www.susep.gov.br por meio do número do registro na Susep, nome completo, CNPJ ou CPF.**

24.7. **Qualquer devolução de prêmio será realizada pela seguradora por meio de cheque não endossável nominativo, crédito em conta bancária ou restituição via cartão de crédito, obrigatoriamente, de titularidade do responsável pelo pagamento, conforme termos e condições gerais deste seguro.**

24.8. **Para os casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.**

24.9. **A Prudential do Brasil Seguros de Vida S.A. se preocupa com a privacidade e a proteção dos dados pessoais de seus clientes, cumprindo todas as legislações aplicáveis, em especial, a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados). Caso o titular dos dados pessoais deseje obter mais informações sobre como os seus dados serão tratados pela Prudential, ele poderá consultar nossa Política de Privacidade, disponível em https://www.prudentialdobrasil.com.br/politica-de-privacidade.**

25. Cláusula Específica de Adiantamento Parcial do Benefício

25.1. O(s) Beneficiário(s) poderá(rão) solicitar o Adiantamento Parcial do Benefício na ocasião de Morte do Segurado em decorrência de um evento coberto para que possam arcar com despesas imediatas.

25.2. Para ter direito a esse benefício, a Apólice deverá estar no Período de Não Contestação, conforme descrito na cláusula 15 (Período de Não Contestação).

25.2.1. Não há cobrança de Prêmio adicional para esse benefício.

25.3. O adiantamento será de até 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado em vigor, limitado ao valor máximo de R$10.000,00 (dez mil reais), independentemente do número de Apólices ativas e do número de Beneficiários solicitantes.

25.3.1. **Para fins desse benefício, não são considerados os Capitais Segurados das coberturas opcionais, se contratadas.**

25.4. O Adiantamento Parcial do Benefício será pago apenas ao(s) Beneficiário(s) que o solicitar(em), por formulário específico fornecido pela Seguradora.

25.4.1. São elegíveis a receber Adiantamento Parcial do Benefício apenas os Beneficiários Pessoa Física maiores de 18 (dezoito) anos e indicados na Apólice.

25.5. O valor do Adiantamento Parcial do Benefício de cada Beneficiário será proporcionalmente limitado ao percentual de benefício indicado para si na Apólice, observado item 25.3, mesmo que outro(s) Beneficiário(s) não tenha(m) solicitado tal adiantamento.

25.5.1. **O adiantamento concedido será deduzido do valor do benefício total a ser pago apenas em relação ao valor devido ao(s) Beneficiário(s) solicitante(s).**

25.6. Procedimentos para Receber o Adiantamento Parcial do Benefício:

25.6.1. O(s) Beneficiário(s) deverá(ão) preencher formulário específico fornecido pela Seguradora e enviá-lo com as fotocópias da Certidão de Óbito do Segurado, do RG e do CPF do Segurado e do(s) Beneficiário(s) solicitante(s). Em caso de Morte Acidental do Segurado, a fotocópia Boletim de Ocorrência deverá ser enviada com os demais documentos.

25.6.2. O adiantamento parcial do benefício será pago por depósito em conta(s) bancária(s) indicada(s) no formulário.

25.6.3. O pagamento será realizado em até 2 (dois) dias úteis após o recebimento dos documentos descritos no subitem 25.6.1.

25.7. **Para pagamento integral do benefício, conforme descrito na Apólice, o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) seguir os procedimentos descritos na cláusula 19 (Pagamento do Benefício).**

25.8. **O Segurado que receber a Antecipação Parcial do Benefício Pago em Vida deverá continuar pagando os prêmios correspondentes ao capital segurado reduzido, a fim de manter o direito ao Valor de Resgate.**

26. Glossário de Termos Técnicos

Acidente Pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a Invalidez Permanente, Total ou Parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

Incluem-se nesse conceito:

a) o suicídio, ou a sua tentativa, observado o disposto na alínea **f** do item 3.1 destas condições gerais;
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.

Excluem-se desse conceito:

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 estes, 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, definida anteriormente.

Apólice: documento formal e legal, emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Proponente, sendo composta pelas respectivas condições gerais.

Articulação interfalangeana: é a articulação entre as falanges proximal e distal do polegar ou entre as falanges proximal e média ou média e distal dos demais dedos.

Articulação metacarpofalangeana: é a articulação formada pelos ossos metacarpianos e falanges proximais da mão.

Assistência Financeira: caso esta esteja disponível para contratação, corresponde a um empréstimo concedido ao Segurado, de acordo com a legislação vigente.

Assistência Financeira Automática: caso esteja disponível para contratação, corresponde a um empréstimo concedido ao Segurado, de acordo com a legislação vigente, e tem a finalidade de quitar até 2 (dois) Prêmios vencidos, sucessivos ou não, que não tenham sido pagos até o final do Período de Tolerância.

Assistido(s): Beneficiário(s) em gozo do recebimento do benefício sob a forma de renda.

Beneficiário(s) Primário(s): pessoa(s) física(s) ou jurídica(s), designada(s) na Apólice, a quem deve ser pago o benefício na hipótese de ocorrência do sinistro.

Beneficiário(s) Secundário(s): pessoa(s) física(s) ou jurídica(s), designada(s) na Apólice, a quem deve ser pago o Benefício na falta de Beneficiário(s) Primário(s) vivo(s) na ocasião do sinistro, respeitada a legislação em vigor. Caso um ou mais Beneficiário(s) Primário(s) venha(m) a falecer antes do Segurado, o percentual correspondente do Benefício será dividido entre o(s) Beneficiário(s) Primário(s).

O(s) Beneficiário(s) Secundário(s) receberá(ão) o Benefício apenas quando não houver Beneficiário(s) Primário(s) vivo(s), ou ainda, se eventual(is) herdeiro(s) do(s) Beneficiário(s) Primário(s) não tiver(em) adquirido direito ao seu recebimento enquanto este(s) ainda estava(m) vivo(s).

Beneficiário(s) Terciário(s): pessoa(s) física(s) ou jurídica(s), designada(s) na Apólice, a quem deve ser pago o Benefício na falta de Beneficiário(s) Secundário(s) vivo(s) na ocasião do sinistro, respeitada a legislação em vigor. Caso um ou mais Beneficiário(s) Secundário(s) venha(m) a falecer antes do Segurado, o percentual correspondente do Benefício será dividido entre o(s) Beneficiário(s) Secundário(s).

O(s) Beneficiário(s) Terciário(s) receberá(ão) o Benefício apenas quando não houver Beneficiário(s) Primário(s) e Secundário(s) vivo(s), ou ainda,

se eventual(is) herdeiro(s) deste(s) não tiver(em) adquirido direito ao seu recebimento enquanto este(s) ainda estava(m) vivo(s).

Capital Segurado: valor estabelecido na Apólice para cada cobertura contratada, também referido nestas Condições Gerais como benefício, que corresponde à quantia máxima a ser paga pela Seguradora, na forma única ou na forma de renda, em contraprestação aos Prêmios pagos para custeio do seguro contratado, por ocasião da ocorrência do sinistro durante o período de vigência. Não está previsto pagamento ao(s) beneficiário(s) para a Garantia de Dispensa de Prêmio cujo benefício consistirá na isenção dos Prêmios futuros. Do capital segurado/benefício serão deduzidos eventuais valores devidos pelo segurado à seguradora, como: montante principal e os juros acumulados em quaisquer Assistências Financeiras utilizadas e ainda não quitadas e quaisquer Prêmios devidos e não pagos, acrescidos de multa, juros e atualização monetária.

Capitalização atuarial: cálculo específico da ciência atuarial, destinado para a formação da Reserva técnica, que utiliza os juros estipulados contratualmente e outras variáveis específicas de cada contratação, como: a probabilidade de ocorrência do sinistro da cobertura em questão, variáveis biométricas (idade e sexo), ano de vigência da apólice, tipos de coberturas contratadas e o capital segurado.

Capitalização financeira: método proveniente da matemática financeira, pelo qual obtém-se um montante resultante exclusivamente da aplicação de uma taxa de juros sobre um valor monetário inicial, podendo esta ser simples ou composta.

Carência: período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da reabilitação, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito à percepção dos capitais segurados contratados.

Carregamento: percentual incidente sobre os Prêmios, para fazer face às despesas de administração e comercialização da Seguradora. Este percentual varia em função da idade de contratação, do sexo do Segurado e do período escolhido para pagamento, e constará, em seu percentual exato, na Apólice.

Cobertura Básica: corresponde aos riscos assumidos pela Seguradora na ocasião da contratação do seguro.

Cobertura Opcional: cobertura adicionada ao contrato, facultativamente, mediante cobrança de Prêmio adicional. A referida cobertura somente pode ser adquirida com a contratação da cobertura básica.

Comissura: ângulo entre o polegar e face medial do 2º dedo.

Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas que disciplina os direitos e obrigações da Seguradora, do Segurado e dos Beneficiários, bem como as características gerais do seguro.

Corretora de Seguros/Corretor: intermediário legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre a Seguradora e o público consumidor em geral.

Declaração Pessoal de Saúde: conjunto de informações fornecidas pelo Proponente à seguradora sobre suas condições de saúde, seu histórico médico familiar e suas atividades, que configura parte integrante da Proposta de Contratação e/ou de Reabilitação, em que o Proponente/Segurado responsabiliza-se pela veracidade e integralidade das informações prestadas.

Doença em Estágio Terminal: considera-se estágio terminal de determinada doença crônica e severa a condição clínica e funcional de um paciente para o qual não se espera a sobrevida, depois de esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

Doenças ou Lesões Preexistentes: as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas antes da data de contratação do Seguro, que são de prévio conhecimento do Segurado, e que, se não forem declaradas na Proposta de Contratação e/ou Reabilitação, não geram para o Segurado ou Beneficiário o direito à Indenização.

Eletroneuromiografia: exame que avalia componentes sensoriais e motores dos nervos e dos músculos, usado para diagnóstico e prognóstico de lesões do sistema nervoso periférico.

Falange: cada um dos ossos que formam os dedos das mãos e dos pés. Cada dedo da mão possui três falanges (proximal, média e distal), com exceção do polegar, que possui duas (proximal e distal).

Falange distal: falange mais distante da palma da mão.

Falange média: localizada entre a falange proximal e a falange distal.

Falange proximal: falange mais próxima da palma da mão.

Garantias: designações utilizadas para definir as responsabilidades assumidas pela Seguradora em função do seguro contratado.

Início de Vigência: data a partir da qual a(s) cobertura(s) de risco contratada(s) será(ão) garantida(s) pela Seguradora.

Invalidez Permanente e Total ou Parcial por Acidente: é aquela para a qual, face às lesões físicas causadas ao Segurado por Acidente Pessoal coberto, não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade, e que gera a perda ou impotência funcional definitiva de um membro ou órgão.

Metacarpo: parte da mão entre os dedos e o punho.

Metástase a distância: nova lesão tumoral maligna que se desenvolve a partir de uma já existente, sem que haja continuidade entre as duas. Implica o desprendimento de células cancerosas do tumor maligno primário, disseminação por via sanguínea ou linfática, e implantação e crescimento do câncer em outro local do corpo humano (tumor maligno secundário).

Movimento de oposição do polegar: combinação dos movimentos de flexão, adução e pronação do primeiro metacarpo.

Movimento de pinça: é o movimento de oposição do polegar combinado com o movimento de aproximação dos demais dedos.

Nervo mediano: nervo misto que se origina no plexo braquial e inerva nos músculos da mão.

Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na Susep previamente à comercialização.

Período de Não Contestação: período durante o qual a Seguradora não poderá alegar Doença ou Lesão Preexistente para contestar o pagamento de benefício, observadas as regras estabelecidas na cláusula de Declarações Inexatas e Omissões.

Período de Suspensão: período de 3 (três) anos, contados a partir do dia imediatamente posterior ao fim do Período de Tolerância, na falta de pagamento de Prêmio, durante o qual o Segurado não fará jus a qualquer das coberturas constantes destas condições gerais, e durante o qual ele poderá optar por reabilitar ou cancelar a Apólice.

Período de Tolerância: período de 60 (sessenta) dias ininterruptos, contados a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do pagamento do Prêmio vencido e não pago, durante o qual o Segurado ainda fará jus às coberturas contratadas.

Prêmio: valor pago pelo Segurado ou pelo Responsável pelo Pagamento à Seguradora para custear o seguro.

Proponente: pessoa, física ou jurídica, que pretende contratar o seguro, apresentando à seguradora uma Proposta de Contratação com informações de sua responsabilidade.

Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, mediante o qual o Proponente expressa a intenção de contratar o seguro com esta Seguradora, manifestando pleno conhecimento das regras estabelecidas por estas condições gerais.

Reserva Técnica: característica dos seguros de pessoas com coberturas de risco no regime financeiro de capitalização atuarial que considera probabilidades, variáveis biométricas (mortalidade, morbidade, invalidez e outras) e taxa de juros para fazer face aos compromissos da Seguradora com seus Segurados.

Responsável pelo Pagamento: pessoa física ou jurídica que se obriga a pagar os Prêmios.

Risco: evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, que ocorre independentemente da vontade do Segurado.

Risco Coberto: evento previsto na Apólice de Seguro de Vida que, em caso de comprovada concretização, dá origem à liberação do benefício.

Riscos Excluídos: eventos previstos nas condições gerais e especiais que não estão cobertos pelo presente seguro.

Segurado: pessoa física indicada como tal na Apólice, sobre cuja vida se procederá à avaliação de risco de modo a estabelecer o seguro, que fará jus às coberturas contratadas.

Seguradora: Prudential do Brasil Seguros de Vida S.A., registrada no CNPJ sob o Nº 33.061.813/0001-40, constante da Proposta de Contratação, que assume os riscos inerentes às coberturas, nos termos deste seguro.

Seguro: Contrato pelo qual uma das partes (Seguradora) se obriga para com a outra (Segurado), mediante o recebimento de um Prêmio, a indenizá-lo ou a terceiro(s) por riscos previstos na Apólice.

Seguro com Benefício Prolongado: interrupção definitiva do pagamento do Prêmio, mantendo-se, de forma temporária, o direito à Cobertura de Morte e de Invalidez Permanente e Total por Acidente do Segurado, no valor do Capital Segurado em vigor na data de solicitação da interrupção.

Seguro com Valor Saldado: interrupção definitiva do pagamento do Prêmio, mantendo-se o direito à percepção das Coberturas de Morte, de Invalidez Permanente e Total por Acidente do Segurado e da Antecipação do Benefício Pago em Vida, pelo mesmo período contratado original-

mente, com o valor do Capital Segurado devidamente reduzido na data de solicitação de interrupção.

Sinistro: ocorrência de um evento danoso, expressamente previsto nas condições gerais e/ou especiais do seguro, cujo Capital Segurado será pago pela Seguradora, respeitados os limites de cobertura contratados.

Valor de Resgate: restituição de parte da Reserva técnica. Serão deduzidos do pagamento do Valor de Resgate eventuais valores devidos pelo Segurado à Seguradora, como: montante principal e os juros acumulados em quaisquer Assistências Financeiras utilizadas e ainda não quitadas e quaisquer Prêmios devidos e não pagos, acrescidos de multa, juros e atualização monetária. O Valor de Resgate não representa o somatório dos prêmios pagos.

ASSISTÊNCIA FUNERAL

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL

1. Definições 56
2. Garantias 56
3. Âmbito Geográfico 64
4. Riscos Excluídos 64
5. Capital Segurado 65
6. Vigência 65
7. Suspensão e Reabilitação 66
8. Cessação da Cobertura 66
9. Liberação do Benefício 67
10. Disposições Gerais 69

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL DE
ASSISTÊNCIA FUNERAL

Estas condições especiais integram o Seguro Vida Inteira Modificado 30, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

Serão utilizadas as mesmas definições do Glossário de Termos Técnicos das Condições Gerais do Seguro Vida Inteira Modificado 30, além das definições a seguir inseridas.

Solicitante: pessoa física que receberá o reembolso das despesas ocorridas com o funeral, limitado ao Capital Segurado desta cobertura opcional, mediante a comprovação das despesas. No caso de utilização da prestação dos serviços de Assistência Funeral, o Solicitante será a pessoa física que entrar em contato telefônico com a Prestadora de Serviços, acionando-a.

Prestadora de Serviços: empresa especializada em assistência que colocará sua Central de Atendimento à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia, acionável pelo telefone de discagem direta gratuita.

2. Garantias

2.1. Esta cobertura opcional, desde que contratada e pago o Prêmio adicional correspondente, garante a prestação de serviço de Assistência Funeral ou o reembolso das despesas com o funeral, conforme opção contratada, limitado ao Capital Segurado contratado, em caso de morte por qualquer causa, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, respeitando-se os demais termos destas condições especiais, das condições gerais e da Apólice.

2.1.1. No momento da contratação do seguro, será realizada a opção pela Assistência Funeral, dentre as consideradas a seguir, para as quais será calculado o respectivo prêmio.

Assistência Funeral Individual: serviço de Assistência Funeral ou reembolso das despesas com o funeral do Segurado.

Assistência Funeral Familiar I: serviço de Assistência Funeral ou reembolso das despesas com o funeral do Segurado e seu cônjuge.

Assistência Funeral Familiar II: serviço de Assistência Funeral ou reembolso das despesas com o funeral do Segurado, seu cônjuge e seus filhos.

É equiparado a cônjuge o(a) companheiro(a) do segurado se, ao tempo do contrato, o(a) segurado(a) era separado(a) judicialmente, ou se já se encontrava separado(a) de fato.

São equiparados aos filhos os enteados do segurado e menores dependentes do Segurado, desde que devidamente comprovada a filiação do cônjuge ou companheiro do Segurado.

Esta cobertura opcional, mesmo nas opções familiares, encerra-se com o serviço de assistência funeral ou reembolso das despesas com o funeral do Segurado.

2.1.2. Caso seja utilizada a prestação dos serviços de Assistência Funeral, **não haverá reembolso das despesas.**

2.1.3. A utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral deverá ser feita mediante comunicação à Central de Assistência 24 horas da Prestadora de Serviços pelos telefones 0800 775 3423 e +55 (11) 2664 4015 para chamadas a cobrar do exterior.

2.1.4. A prestação de serviços de Assistência Funeral não será possível em localidades onde a legislação ou as normas não permitirem que a Prestadora de Serviços intervenha.

2.1.5. No caso de reembolso, deverá ser observada a relação de despesas reembolsáveis disponíveis no item 2.4 até o limite do Capital Segurado contratado para esta cobertura opcional.

2.1.6. A prestação dos serviços de Assistência Funeral pela Prestadora de Serviços está disponível apenas para os Segurados e/ou seus cônjuges e/ou seus filhos, conforme opções descritas no item 2.1.1, com domicílio no Brasil. A opção de reembolso de despesas ao Soli-

citante está disponível tanto para os Segurados e/ou seus cônjuges e/ou seus filhos com domicílio no Brasil quanto no exterior. A prestação de serviço ou reembolso deverá ainda considerar as disposições constantes na cláusula 3 (Âmbito Geográfico) destas condições especiais.

2.2. Em caso de Invalidez Permanente e Parcial por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de pagamento de Prêmios desta cobertura, conforme previsto no subitem 2.1.2 das condições gerais, a Seguradora não cobrará os Prêmios referentes a esta cobertura. Esta cláusula não se aplica à invalidez de cônjuges e filhos, nos casos de contratação de Assistência Funeral Familiar I e II.

2.3. A idade mínima para contratação desta cobertura pelo proponente é de 14 (quatorze) anos e a máxima é de 70 (setenta) anos. Independentemente da opção contratada, a cobertura será integralmente cancelada quando o Segurado completar 100 (cem) anos de idade. Nas opções de Plano Familiar, a cobertura é cancelada para o cônjuge, quando este completar 100 (cem) anos, ou ainda para os filhos, quando estes completarem 24 (vinte e quatro) anos.

2.4. Serviços de Assistência Funeral prestados pela Prestadora de Serviços ou reembolsáveis:

a) **Formalidades Administrativas**

Após a liberação do corpo pelo Instituto Médico Legal ou Hospital, será disponibilizado, pela Prestadora de Serviços, um representante ao domicílio do Segurado, ou de seu cônjuge, ou de seu filho, quando previsto na cobertura, ou ao hospital onde tenha ocorrido o óbito para coletar todos os documentos necessários às tratativas do sepultamento ou cremação com a funerária credenciada, tomando todas as medidas devidas para a realização do funeral.

A liberação do corpo no Instituto Médico Legal ou Hospital é uma responsabilidade de um representante legal do Segurado, de seu cônjuge, ou de seu filho, a depender da cobertura contratada.

b) **Registro em Cartório**

A Prestadora de Serviços responsabiliza-se por providenciar e custear o registro em cartório do óbito, desde que permitido pela legislação local.

c) **Taxa de Exumação**

Jazigo Próprio
Caso a família já tenha jazigo próprio, a Prestadora de Serviços pagará a Taxa de Exumação, desde que todas as gavetas existentes no jazigo estejam ocupadas.

Locação de Jazigo
Se ocorrer a locação do jazigo, não ocorrerá o pagamento da Taxa de Exumação.

d) **Taxa de Sepultamento/Cremação**

A Prestadora de Serviços responsabiliza-se por providenciar bem como custear a taxa de sepultamento/cremação. Os valores a serem pagos a título de taxa de sepultamento/cremação serão designados pelo local onde ocorrerá o sepultamento ou cremação.

e) **Carro Fúnebre**

A Prestadora de Serviços fornecerá um carro fúnebre para cortejo dentro do município de sepultamento.

f) **Locação de sala para Velório**

A Prestadora de Serviços se responsabilizará pela locação de sala para velório em cemitério municipal ou em cemitério particular.

g) **Funeral composto por:**

Livro de presença com arranjo de flores; urna dextavada ou oitavada, madeira moldurada com rodapé, visor inteiriço, varão com roseta dourada, modelo maciço dourado com acabamento inteiro

em tecido acetinado matelassê, babado em tecido branco acetinado rendado e sobre babado em renda de luxo, e com acabamento externo em verniz alto brilho, com bíblia, lisa ou cruz; ornamentação da urna completa padrão luxo; leque de flores; manta mortuária; três coroas de flores padrão luxo; jogo de paramentos; véu e velas.

h) **Traslado do Corpo**

A Prestadora de Serviços encarregar-se-á das formalidades para liberação do corpo e das cinzas, bem como do traslado do corpo até o local de sepultamento/cremação definido pelos familiares.

O meio de transporte a ser utilizado para o traslado do corpo será de livre escolha da Prestadora de Serviços, podendo ser aéreo ou terrestre. A passagem aérea somente será considerada se o corpo se encontrar a mais de 300 km (trezentos quilômetros) do local de sepultamento/cremação ou se o trajeto por via rodoviária for superior a 5 (cinco) horas.

O serviço de traslado do corpo será prestado a partir do momento em que este se encontrar liberado pelas autoridades competentes, inclusive policiais, e desde que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial, judicial, normativo ou qualquer outro que impeça o seu traslado, conforme legislação e normas aplicáveis.

i) **Repatriação do Corpo**

Em caso de falecimento do Segurado ou familiares durante viagem internacional, serão atendidas as formalidades necessárias para o repatriamento do corpo, até o município de domicílio do cliente.

O meio de transporte a ser utilizado para a repatriação do corpo será de livre escolha da Assistência Funeral, podendo ser aéreo ou terrestre (carro, ônibus ou trem), a ser definido conforme necessidade para chegada à cidade de domicílio, restando certo que passagem aérea só será considerada se o corpo do segurado se encontrar a mais de 300 km (trezentos quilômetros) do endereço

de domicílio, ou o trajeto por via rodoviária for superior a 5 (cinco) horas.

j) **Locação de jazigo**

Caso a família não possua um jazigo, a Prestadora de Serviços responsabiliza-se pela locação de sepultura pelo prazo de 3 (três) anos. No trâmite de locação do jazigo, o cemitério disponibilizará um documento informando a data de término da locação e, sendo do interesse dos familiares acompanharem a exumação dos restos mortais, estes devem realizar contato com o cemitério, que repassará todas as informações necessárias.

Após a data de término da locação do jazigo, a Prestadora de Serviços não se responsabiliza pelo corpo, ficando sob responsabilidade do cemitério e dos familiares.

k) **Preparação do Corpo**

A Prestadora de Serviços providenciará a preparação do corpo com higienização. Nos casos de traslado aéreo, longas distâncias terrestres ou quando o sepultamento for superior a 36 (trinta e seis) horas após o óbito, será providenciado o embalsamento e a tanatopraxia.

l) **Placa com Nome na Lápide**

A Prestadora de Serviços disponibilizará a placa com nome na lápide.

m) **Necromaquiagem**

A Prestadora de Serviços disponibilizará o serviço de necromaquiagem na cidade onde ocorrer o funeral, desde que esta tenha mais de 200.000 (duzentos mil) habitantes.
Para as cidades com população inferior a 200.000 (duzentos mil) habitantes, não será garantida a disponibilidade deste serviço. No entanto, o Solicitante será instruído pela Prestadora de Serviços sobre como proceder.

n) **Comunicado em Jornal**

Se solicitado, a Prestadora de Serviços providenciará um anúncio em obituário de jornal. Será dada prioridade a anúncio gratuito em jornal regional. Não havendo a disponibilidade de anúncio gratuito em jornal regional, a Prestadora de Serviços providenciará um anúncio pago, em jornal a ser definido por critérios da própria Prestadora de Serviços.

o) **Passagem e Hospedagem para um Membro da Família para Liberação do Corpo**

Na ausência de um membro da família para acompanhar ou liberar o corpo na cidade de falecimento, a Prestadora de Serviços fornecerá um meio de transporte e uma diária de hospedagem para um membro da família.

O meio de transporte a ser utilizado será de livre escolha da Prestadora de Serviços, podendo ser aéreo ou terrestre, a ser definido conforme menor horário de chegada ao local, restando certo que passagem aérea somente será considerada se o corpo do Segurado se encontrar a mais de 300 km (trezentos quilômetros) do endereço de partida do familiar designado a acompanhar o corpo ou se o trajeto por via rodoviária for superior a 5 (cinco) horas.

A hospedagem fornecida pela Prestadora de Serviços para um membro da família está limitada a uma diária no valor de R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais).

p) **Transmissão de Mensagens Urgentes**

Transmissão de mensagens urgentes sobre o óbito para a família do falecido pela Central de Assistência.

q) **Sepultamento/Cremação**

O Solicitante deverá indicar, no momento da solicitação dos serviços, se optará pelo serviço de sepultamento ou cremação.

q.1) Sepultamento

Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal ou particular. Caso a família não possua um jazigo, a Prestadora de Serviços responsabiliza-se pela locação de sepultura pelo prazo de 3 (três) anos, conforme descrito no item **j** destas condições especiais.

q.2) Cremação

Caso opte pela cremação, o serviço será realizado de acordo com a legislação vigente, desde que se cumpram as orientações a seguir descritas:

q.2.1) Atestado de óbito assinado por 2 (dois) médicos.

q.2.2) Em caso de morte violenta, são necessários:

q.2.2.1) atestado assinado por médico-legista;
q.2.2.2) autorização judicial;
q.2.2.3) laudo do Instituto Médico-Legal;
q.2.2.4) boletim de ocorrência;
q.2.2.5) declaração da autoridade policial não se opondo à cremação.

q.2.3) A autorização de cremação deverá ser concedida pelo parente mais próximo, não podendo ser autorizada por parentes de 2º grau.

q.2.4) **A obtenção dos documentos solicitados para cremação é de responsabilidade da família do falecido; no entanto, o Solicitante será instruído pela Prestadora de Serviços como proceder.**

q.2.5) **O procedimento será realizado somente se o serviço de cremação estiver disponível no município de domicílio da pessoa falecida ou na cidade onde ocorreu o óbito.**

3. Âmbito Geográfico

3.1. O serviço de Assistência Funeral pela Prestadora de Serviços será prestado exclusivamente no Brasil. Na hipótese de óbito no exterior e sepultamento ou cremação no Brasil, a Prestadora de Serviços providenciará o traslado do corpo nos termos destas condições especiais.

3.1.1. Caso o óbito ocorra no exterior e o sepultamento ou cremação também ocorra no exterior, haverá reembolso do valor das despesas com o funeral, em moeda corrente nacional, respeitado o limite do Capital Segurado contratado para esta cobertura opcional e as situações previstas na cláusula 4 (Riscos Excluídos) destas condições especiais.

4. Riscos Excluídos

Além das exclusões previstas na cláusula 3 (Riscos Excluídos) das condições gerais, estão excluídas desta cobertura:

a) **greves, sabotagem e atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de paz;**
b) **viagens em aviões que não em linha comercial;**
c) **morte resultante direta ou indiretamente de irradiação decorrente de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade;**
d) **fenômenos da natureza de caráter extraordinário, tais como inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestades, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos, movimentos sísmicos;**
e) **desaparecimento do Segurado, ou do seu cônjuge, ou do seu filho, conforme cobertura contratada, em acidente ou qualquer outra situação, qualquer que seja a sua natureza, ou ainda, ausência do Segurado, ou do seu cônjuge, ou do seu filho, conforme cobertura contratada, em situações em que a Prestadora de Serviços não realizará buscas, provas, formalidades legais e burocráticas ou qualquer outro serviço;**
f) **despesas decorrentes de confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigos;**
g) **sepultamento de membros, apenas;**
h) **aquisição de sepultura, jazigo, terreno, cova carneiro;**

i) **solicitações de serviços para Prestadora de Serviços que não sejam feitas direta e comprovadamente pelo Solicitante;**
j) **as situações previstas na cláusula 8 (Declarações Inexatas e Omissões) das condições gerais.**

5. Capital Segurado

5.1. O Capital Segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará na Apólice de Seguro de Vida. O Capital Segurado informado será considerado para cada reembolso ou assistência, **para cada indivíduo.**

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado para reembolso das despesas com o funeral, a data da morte do Segurado, ou do seu cônjuge, ou do seu filho, **conforme cobertura contratada.**

6. Vigência

6.1. A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na Apólice de Seguro de Vida, e corresponderá ao período de pagamento dos Prêmios referentes a esta cobertura.

6.1.1. A vigência de cada cobertura opcional poderá não coincidir com a vigência da cobertura básica, não podendo exceder o período de vigência desta.

6.1.2. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes.

6.2. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24h da data para tal fim nela indicada.

6.3. Não há carência para esta cobertura opcional.

7. Suspensão e Reabilitação

7.1. Na falta de pagamento dos Prêmios, após o decurso do Período de Tolerância, descrito na cláusula 11 (Período de Tolerância) das condições gerais, esta cobertura ficará suspensa, conforme previsto no item 14.1 das condições gerais.

7.1.1. Não serão cobrados Prêmios referentes ao Período de Suspensão.

7.2. Caso o Segurado não solicite quaisquer das alternativas citadas no item 14.3 das condições gerais até o último dia do Período de Suspensão, **a Seguradora cancelará a Apólice.**

8. Cessação da Cobertura

8.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 14 (Suspensão e Reabilitação do Seguro) e 16 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais do seguro, a garantia do risco a que se referem estas condições especiais cessa ainda:

a) com o cancelamento ou término da cobertura básica a qual esta cobertura opcional está vinculada, respeitado o período correspondente ao Prêmio pago;
b) com a prestação do serviço de Assistência Funeral ou o reembolso das despesas do funeral do Segurado;
c) com a mudança da cobertura básica à qual esta cobertura opcional está vinculada para Valor Saldado ou Benefício Prolongado;
d) quando o segurado completar 100 (cem) anos de idade, para ele, seu cônjuge e filhos, conforme opção contratação;
e) para o cônjuge, quando este completar 100 (cem) anos de idade, quando contratada a cobertura;
f) para os filhos, quando completarem 24 (vinte e quatro) anos de idade, quando contratada a cobertura;
g) com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura opcional.

8.2. **A estruturação técnica desta cobertura opcional não prevê a formação da Reserva técnica. Sendo assim, o cancelamento**

desta cobertura não resultará no pagamento de quaisquer valores ao Segurado.

9. Liberação do Benefício

9.1. Em caso de falecimento do Segurado, ou do seu cônjuge, ou do seu filho, conforme cobertura contratada, a Prestadora de Serviços deverá ser contatada imediatamente por meio de sua Central de Atendimento 24 horas pelos telefones: 0800 775 3423 e +55 (11) 2664 4015 (para chamadas a cobrar do exterior).

9.1.1. Caso o falecimento seja do cônjuge, filhos ou equiparados, serão solicitadas as seguintes documentações no ato do atendimento pela Prestadora de Serviços:

a) Filhos: certidão de nascimento com o nome dos pais, ou documento de identidade oficial que comprove a filiação.
b) Cônjuge: certidão de casamento ou declaração de união estável registrada em cartório.
c) Enteados ou menores dependentes do Segurado: certidão de casamento ou união estável do Segurado com cônjuge ou companheiro e certidão de nascimento ou documento de identidade oficial que comprove a filiação.

9.1.2. Ocorrendo o falecimento do cônjuge ou companheiro, caso não seja possível a entrega da certidão de casamento ou a declaração de união estável registrada em cartório, por qualquer motivo, deverão ser entregues 3 (três) dos 5 (cinco) documentos listados a seguir:

a) declaração de imposto de renda, juntamente com o recibo de entrega, que identifique o cônjuge ou companheiro como dependente do Segurado;
b) comprovante de conta conjunta do cônjuge ou companheiro e Segurado;
c) se tiverem filhos, certidão de nascimento dos filhos com nome dos pais, na qual conste filiação com o Segurado;
d) comprovante de residência com o nome do cônjuge ou companheiro do Segurado;

e) fatura do cartão de crédito que demonstre cartão adicional em nome do cônjuge ou companheiro.

9.2. O reembolso das despesas com o funeral será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados no item 9.2.1, observada a cláusula 19 (Pagamento do Benefício) das condições gerais e demais disposições do seguro.

9.2.1. No caso de não utilização dos serviços de Assistência Funeral oferecidos pela Prestadora de Serviços e para o reembolso das despesas com o Funeral, deverão ser entregues e encaminhados os documentos da pessoa falecida relacionados a seguir à Seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) Certidão de Óbito;
b) Documento de Identidade e CPF e do Solicitante;
c) Certidão de Nascimento do Segurado e do Solicitante, quando menor(es) de 18 (dezoito) anos;
d) Comprovante de Residência do Segurado e do Solicitante, não podendo ser anterior a 3 (três) meses da solicitação;
e) Formulário de Solicitação de Reembolso, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Solicitante;
f) Notas fiscais das despesas com o funeral (originais).

9.2.2. Os documentos adicionais listados a seguir poderão ser solicitados para atendimento de norma regulatória:

a) comprovante de telefone e DDD do Solicitante;
b) comprovante de profissão do Solicitante;
c) comprovante do patrimônio estimado ou renda mensal do Solicitante.

9.3. **As despesas efetuadas com a comprovação do evento e obtenção dos documentos necessários correrão por conta do Solicitante, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**

9.4. Os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao pagamento do benefício ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

9.5. O reembolso será pago a um único Solicitante de forma única e integral, devendo todos os documentos ser apresentados com o Formulário de Solicitação de Reembolso.

9.5.1. Não serão aceitos documentos apresentados após a apresentação do Formulário de Solicitação de Reembolso.

9.5.2. O reembolso das despesas efetuadas no exterior com o funeral será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento destas despesas, limitado ao Capital Segurado contratado para esta cobertura opcional, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

10. Disposições Gerais

Ratificam-se as demais condições do Seguro Vida Inteira Modificado 30 que não foram alteradas por estas condições especiais.

DOENÇAS GRAVES

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL

1. Definições 71
2. Garantias 71
3. Carência 75
4. Riscos Excluídos 75
5. Capital Segurado 76
6. Vigência da Cobertura 76
7. Suspensão e Reabilitação 77
8. Cessação da Cobertura 77
9. Pagamento do Benefício 78
10. Disposições Gerais 79

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL DE
DOENÇAS GRAVES

Estas condições especiais integram o Seguro Vida Inteira Modificado 30, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. Serão utilizadas as mesmas definições do Glossário de Termos Técnicos das Condições Gerais do Seguro Vida Inteira Modificado 30, além das definições a seguir inseridas:

Doença Grave Coberta: doenças especificadas no item 2.4 destas condições especiais, respeitadas as definições, caracterizações e exclusões de cada uma dessas doenças.

Evento Coberto: sobrevivência do Segurado 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico, feito por médico especializado, de uma das Doenças Graves Cobertas ou da realização de um dos Procedimentos Médicos Cobertos, ambos descritos no item 2.4 destas condições especiais.

Procedimento Médico Coberto: procedimentos médicos especificados no item 2.4 destas condições especiais, respeitadas as definições, caracterizações e exclusões de cada um desses procedimentos.

1.2. Para efeito deste seguro, o Beneficiário será o próprio Segurado.

2. Garantias

2.1. Esta cobertura opcional, desde que contratada e pago o Prêmio adicional correspondente, garante o pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de sobrevivência do Segurado 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico de uma Doença Grave Coberta ou da realização de um Procedimento Médico Coberto, ambos descritos a seguir. O diagnóstico deverá ter sido emitido e constatado pela primeira vez após a data de início de vigência desta cobertura, obser-

vados os Riscos Excluídos, o Período de Carência e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e da Apólice.

2.2. Em caso de Invalidez Permanente e Parcial por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto ocorrido durante o período de pagamento de Prêmios desta cobertura, conforme previsto no subitem 2.1.2 das condições gerais, a Seguradora não cobrará os Prêmios referentes a esta cobertura.

2.3. **A idade mínima para contratação desta cobertura é de 14 (quatorze) anos e a máxima é de 70 (setenta) anos, com idade de saída aos 75 (setenta e cinco) anos.**

2.4. **Doenças Graves e Procedimentos Médicos Cobertos**

I. **Câncer**

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizada 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. O termo "câncer" também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a enfermidade de Hodgkin.

As exclusões são: qualquer grau ou estágio de neoplasia intraepitelial cervical (NIC); qualquer tumor ou lesão pré-maligna; todos os cânceres não invasivos (*in situ*); o câncer de próstata no estágio I (T1a, 1b, 1c); carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas (espinocelular) de pele; melanoma maligno com índice de Clark I ou II, ou índice de espessura de Breslow menor do que 0,76 mm; Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0 e qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus de imunodeficiência humana.

II. **Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (*Bypass*)**

Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que estão estenosadas ou ocluídas, com o implante de ponte(s) (*Bypass*) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia, e a realização da cirurgia deve ser confirmada por um médico especialista.

As exclusões são: angioplastias; outros procedimentos intra-arteriais e cirurgia por toracotomia mínima.

III. **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 dos seguintes critérios:

a) histórico de dores torácicas típicas;
b) alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG); e
c) elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.

As exclusões são: o infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST, somente com elevação de troponina "I" ou "T", outras síndromes coronarianas agudas (por exemplo, angina de peito estável ou instável) e infarto do miocárdio silencioso.

IV. **Insuficiência Renal Terminal**

Etapa final de doença renal, caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou realização de transplante renal. O diagnóstico deve ser indicado por um médico especialista.

V. **Acidente Vascular Cerebral**

Qualquer acidente vascular cerebral com sequelas neurológicas permanentes, incluindo-se o infarto do tecido cerebral, hemorragia e embolização originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por sintomas clínicos típicos e resultados de tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética do cérebro. Devem-se documentar as evidências de déficit neurológico que persistam, no mínimo, por 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.

As exclusões são: acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas (ex.: Isquemia Cerebral Transitória – ICT); dano traumático do cérebro; infartos lacunares sem déficit neurológico e sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

VI. **Transplantes de Órgãos**

Transplante de órgãos em que o Segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, intestino delgado ou medula óssea.

As exclusões são: a colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando-se à realização de um transplante verdadeiro no futuro; o transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos; o autotransplante de medula; o transplante de células-tronco ("células-mãe") e o transplante de células-beta do pâncreas.

VII. **Paralisia**

Perda total e irreversível do uso de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada por paralisia, apenas devido a Acidente Pessoal coberto ou doença envolvendo a medula espinhal. Estas condições devem ter sido medicamente documentadas por, pelo menos, 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.

A exclusão é: a paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré.

3. Carência

3.1. **Somente serão garantidos por esta cobertura o recebimento do diagnóstico de uma das Doenças Graves Cobertas ou a realização de um dos Procedimentos Médicos Cobertos que tenham ocorrido após 90 (noventa) dias, contados do início da vigência desta cobertura.**

3.2. Não haverá carência nos casos em que a Doença Grave Coberta ou Procedimento Médico Coberto for proveniente de Acidente Pessoal ocorrido após o início da vigência desta cobertura.

4. Riscos Excluídos

Além das exclusões descritas no item 2.4 destas condições especiais e as previstas na cláusula 3 (Riscos Excluídos) das condições gerais, estão excluídas desta cobertura:

a) **diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes ou pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com ele, ainda que estes sejam médicos profissionais habilitados;**
b) **diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;**
c) **doenças profissionais; e**
d) **no caso de ocorrência de Doença Grave Coberta ou Procedimento Médico Coberto resultante de tentativa de suicídio do Segurado ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro ou após novo prazo de 2 (dois) anos a partir da data da reabilitação do seguro. Neste caso, de acordo com o Artigo 798 do Código Civil Brasileiro, a Seguradora restituirá a Reserva técnica constituída em nome do Segurado.**

5. Capital Segurado

5.1. O Capital Segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará na Apólice de Seguro de Vida.

5.2. Alteração do Capital Segurado

5.2.1. O Segurado poderá solicitar, a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente, e com os Prêmios pagos em dia, a alteração do Capital Segurado desta cobertura, observada a cláusula 9 (Capital Segurado) das condições gerais.

5.2.2. Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de Capital Segurado e de Prêmio previamente estabelecidos pela Seguradora.

5.2.3. Caso o Capital Segurado de Morte Qualquer Causa da Apólice seja alterado, ou ainda, a vigência de uma das coberturas opcionais que possuam Cobertura de Morte Qualquer Causa seja encerrada, o Capital Segurado desta cobertura deverá, obrigatoriamente, ser revisto, de modo a se manter entre os limites mínimo e máximo estabelecidos pela Seguradora.

5.2.4. Caso o Segurado solicite a redução do Capital Segurado, a Seguradora pagará a ele a Reserva técnica proporcional à redução, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a redução até o efetivo pagamento.

5.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o 30º (trigésimo) dia após o recebimento de um diagnóstico de Doença Grave Coberta ou da realização de um Procedimento Médico Coberto.

6. Vigência da Cobertura

6.1. A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na Apólice de Seguro de Vida, e corresponderá ao período de pagamento dos Prêmios referentes a esta cobertura.

6.1.1. A vigência de cada cobertura opcional poderá não coincidir com a vigência da cobertura básica, não podendo exceder o período de vigência desta.

6.1.2. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes.

6.2. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24h da data para tal fim nela indicada.

7. Suspensão e Reabilitação

7.1. Na falta de pagamento dos Prêmios, após o decurso do Período de Tolerância, descrito na cláusula 11 (Período de Tolerância) das condições gerais, esta cobertura ficará suspensa, conforme previsto no item 14.2. das condições gerais.

7.1.1. Não serão cobrados Prêmios referentes ao Período de Suspensão.

7.2. Caso o Segurado não solicite quaisquer das alternativas citadas no item 14.3 das condições gerais até o último dia do Período de Suspensão, a Seguradora cancelará a Apólice, pagando ao Segurado a Reserva técnica formada até o dia do cancelamento, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

7.3. **Caso haja reabilitação do seguro, o Período de Carência descrito na cláusula 3 (Carência) destas condições especiais terá sua contagem reiniciada, a partir da data da expedição da comunicação pela Seguradora quanto à decisão de aceitação.**

8. Cessação da Cobertura

8.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 14 (Suspensão e Reabilitação do Seguro) e 16 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais do seguro, a garantia do risco a que se referem estas condições especiais cessa ainda:

a) com o cancelamento ou término da cobertura básica a qual esta cobertura opcional está vinculada, respeitado o período correspondente ao Prêmio pago;
b) com o pagamento do Benefício ao Segurado, por diagnóstico de uma Doença Grave Coberta ou pela realização de um Procedimento Médico Coberto;
c) com a mudança da cobertura básica à qual esta cobertura opcional está vinculada para Valor Saldado ou Benefício Prolongado; ou
d) com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura opcional.

8.2. Caso o Segurado solicite o cancelamento da cobertura opcional, a Seguradora pagará a ele a Reserva técnica formada até o dia do cancelamento da cobertura, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

9. Pagamento do Benefício

9.1. O pagamento de qualquer benefício decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados no item 9.2, observada a cláusula 19 (Pagamento do Benefício) das condições gerais e demais disposições do seguro.

9.1.1. Para fins desta cobertura, considera-se início do direito ao benefício o 30º (trigésimo) dia após a data em que o Segurado tiver recebido o diagnóstico de Doença Grave Coberta ou tenha realizado o Procedimento Médico Coberto, na forma estabelecida nestas condições especiais, e desde que o Segurado esteja vivo nesta data.

9.2. Os documentos básicos, a seguir relacionados, podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à Seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) Formulário de Aviso de Sinistro específico para esta cobertura opcional, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu Representante Legal;

b) Documento assinado pelo médico assistente do Segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
c) Declaração de sobrevivência do Segurado;
d) Cópias dos exames comprobatórios, conforme item 2.4 destas condições especiais;
e) Cópia do prontuário médico de internação hospitalar do Segurado, em caso de ter havido internação;
f) Documento de Identidade e CPF do Segurado;
g) Certidão de Nascimento do Segurado, quando menor de 18 (dezoito) anos;
h) Comprovante de Residência do Segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;
i) Comprovante de telefone e DDD do Segurado;
j) Comprovante de profissão do Segurado; e
k) Comprovante do patrimônio estimado ou renda mensal do Segurado.

9.3. O Benefício será pago ao Segurado de forma única e integral.

9.3.1. Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era de direito, o valor será pago de acordo com a legislação vigente.

10. Disposições Gerais

Ratificam-se as demais condições do Seguro Vida Inteira Modificado 30 que não foram alteradas por estas condições especiais.

DOENÇAS GRAVES PLUS

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL

1. Definições 81
2. Garantias 81
3. Carência 87
4. Riscos Excluídos 87
5. Capital Segurado 88
6. Vigência da Cobertura 88
7. Suspensão e Reabilitação 89
8. Cessação da Cobertura 89
9. Pagamento do Benefício 90
10. Disposições Gerais 91

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL DE
DOENÇAS GRAVES PLUS

Estas condições especiais integram o Seguro Vida Inteira Modificado 30, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. Serão utilizadas as mesmas definições do Glossário de Termos Técnicos das Condições Gerais do Seguro Vida Inteira Modificado 30, além das definições a seguir inseridas:

Doença Grave Coberta: doenças especificadas no item 2.4 destas condições especiais, respeitadas as definições, caracterizações e exclusões de cada uma dessas doenças.

Evento Coberto: sobrevivência do Segurado 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico, feito por médico especializado, de uma das Doenças Graves Cobertas ou da realização de um dos Procedimentos Médicos Cobertos, ambos descritos no item 2.4 destas condições especiais.

Procedimento Médico Coberto: procedimentos médicos especificados no item 2.4 destas condições especiais, respeitadas as definições, caracterizações e exclusões de cada um desses procedimentos.

1.2. Para efeito deste seguro, o Beneficiário será o próprio Segurado.

2. Garantias

2.1. Esta cobertura opcional, desde que contratada e pago o Prêmio adicional correspondente, garante o pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de sobrevivência do Segurado 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico de uma Doença Grave Coberta ou da realização de um Procedimento Médico Coberto, ambos descritos a seguir. O diagnóstico deverá ter sido emitido e constatado pela primeira vez após a data de início de vigência desta cobertura, obser-

vados os Riscos Excluídos, o Período de Carência e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e da Apólice.

2.2. Em caso de Invalidez Permanente e Parcial por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de pagamento de Prêmios desta cobertura, conforme previsto no subitem 2.1.2 das condições gerais, a Seguradora não cobrará os Prêmios referentes a esta cobertura.

2.3. **A idade mínima para contratação desta cobertura é de 14 (quatorze) anos e a máxima é de 70 (setenta) anos, com idade de saída aos 75 (setenta e cinco) anos.**

2.4. **Doenças Graves e Procedimentos Médicos Cobertos**

I. **Câncer**

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizada 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. O termo "câncer" também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a enfermidade de Hodgkin.

As exclusões são: qualquer grau ou estágio de neoplasia intraepitelial cervical (NIC); qualquer tumor ou lesão pré-maligna; todos os cânceres não invasivos (*in situ*); o câncer de próstata no estágio I (T1a, 1b, 1c); carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas (espinocelular) de pele; melanoma maligno com índice de Clark I ou II, ou índice de espessura de Breslow menor do que 0,76 mm; Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0 e qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus de imunodeficiência humana.

II. **Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronarianas (*Bypass*)**

Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que estão estenosadas ou ocluídas, com o implante de ponte(s) (*Bypass*) arterial(is) ou venosa(s) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia, e a realização da cirurgia deve ser confirmada por um médico especialista.

As exclusões são: angioplastias; outros procedimentos intra-arteriais e cirurgia por toracotomia mínima.

III. **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 dos seguintes critérios:

a) histórico de dores torácicas típicas;
b) alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG); e
c) elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.

As exclusões são: o infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST, somente com elevação de troponina "I" ou "T", outras síndromes coronarianas agudas (por exemplo, angina de peito estável ou instável) e infarto do miocárdio silencioso.

IV. **Insuficiência Renal Terminal**

Etapa final de doença renal, caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou realização de transplante renal. O diagnóstico deve ser indicado por um médico especialista.

V. **Acidente Vascular Cerebral**

Qualquer acidente vascular cerebral com sequelas neurológicas permanentes, incluindo-se o infarto do tecido cerebral, hemorragia e embolização originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por sintomas clínicos típicos e resultados de tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética do cérebro. Devem-se documentar as evidências de déficit neurológico que persistam, no mínimo, por 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.

As exclusões são: acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas (ex.: Isquemia Cerebral Transitória – ICT); dano traumático do cérebro; infartos lacunares sem déficit neurológico e sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

VI. **Transplantes de Órgãos**

Transplante de órgãos em que o Segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, intestino delgado ou medula óssea.

As exclusões são: a colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando-se à realização de um transplante verdadeiro no futuro; o transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos; o autotransplante de medula; o transplante de células-tronco ("células-mãe") e o transplante de células-beta do pâncreas.

VII. **Paralisia**

Perda total e irreversível do uso de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada por paralisia, apenas devido a Acidente Pessoal coberto ou doença envolvendo a medula espinhal. Estas condições devem ter sido medicamente documentadas por, pelo menos, 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.

A exclusão é: a paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré.

VIII. **Cegueira ou Perda da Visão**

Perda irreversível, total ou quase total, da visão de ambos os olhos, causada por Acidente Pessoal coberto ou doença. O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, feito por oftalmologista e evidenciado por exames específicos, obedecendo aos seguintes critérios relacionados a seguir:

a) acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível; ou
b) campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.

A exclusão é: cegueira de origem central (sistema nervoso central).

IX. **Cirurgia para Troca de Valvas Cardíacas**

Cirurgia cardíaca aberta para troca de uma ou mais valvas cardíacas (aórtica, mitral, tricúspide e pulmonar) por valvas artificiais, devido a estenose, insuficiência ou uma combinação destes dois problemas. A realização da cirurgia de troca de valva cardíaca deverá ser confirmada por médico cardiologista.

As exclusões são: cirurgias cardíacas em que apenas seja feita reparação da valva cardíaca, ou seja, cirurgias com preservação da valva, como comissurotomia, comissuroplastia, valvoplastias.

X. **Cirurgia da Aorta**

Realização de cirurgia para correção de uma doença da artéria aorta que requeira a remoção e substituição do segmento afetado por prótese. Para fins de definição, são considerados os segmentos torácico e abdominal da artéria aorta, mas não suas ramificações. A realização da cirurgia da aorta deverá ser confirmada por médico especialista.

XI. **Esclerose Múltipla**

O diagnóstico de certeza de esclerose múltipla deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e feito por médico neurologista. A doença deve ser demonstrada por sintomas típicos de desmielinização e prejuízo das funções motora e sensitiva, bem como achados típicos no exame de ressonância nuclear magnética.

O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses ou deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com um intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles, ou, ainda, um episódio, clinicamente documentado, com manifestações características no fluído cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética.

XII. **Surdez ou Perda da Audição**

Perda irreversível, total ou profunda, da audição de ambos os ouvidos, causada por Acidente Pessoal coberto ou doença. O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médico-científicas especializadas, feito por médico otorrinolaringologista e evidenciado por exames audiológicos específicos (audiograma, BERA – Audiometria de Tronco Cerebral, emissão otoacústica), obedecendo ao critério relacionado a seguir:

a) limiares auditivos sensório-neurais maiores ou iguais a 90 dB (decibéis) em ambos os ouvidos, aferidos por audiograma, simultaneamente, nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz.

A exclusão é: surdez de origem central (sistema nervoso central).

XIII. **Queimaduras Graves**

Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície do corpo do Segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.

3. Carência

3.1. **Somente serão garantidos por esta cobertura o recebimento do diagnóstico de uma das Doenças Graves Cobertas ou a realização de um dos Procedimentos Médicos Cobertos que tenham ocorrido após 90 (noventa) dias, contados do início da vigência desta cobertura.**

3.2. **Para a garantia Esclerose Múltipla, descrita no inciso XI do item 2.4, haverá carência de 12 (doze) meses contados do início da vigência. Serão consideradas as manifestações clínicas e laboratoriais iniciais da doença bem como o diagnóstico definitivo.**

3.3. Não haverá carência nos casos em que a Doença Grave Coberta ou Procedimento Médico Coberto for proveniente de Acidente Pessoal ocorrido após o início da vigência desta cobertura.

4. Riscos Excluídos

Além das exclusões descritas no item 2.4 destas condições especiais e as previstas na cláusula 3 (Riscos Excluídos) das condições gerais, estão excluídas desta cobertura:

a) **diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes ou pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com ele, ainda que estes sejam médicos profissionais habilitados;**
b) **diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;**
c) **doenças profissionais; e**
d) **no caso de ocorrência de Doença Grave Coberta ou Procedimento Médico Coberto resultante de tentativa de suicídio do Segurado ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro ou após novo prazo de 2 (dois) anos a partir da data da reabilitação do seguro. Neste caso, de acordo com o Artigo 798 do Código Civil Brasileiro, a Seguradora restituirá a Reserva técnica constituída em nome do Segurado.**

5. Capital Segurado

5.1. O Capital Segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará na Apólice de Seguro.

5.2. Alteração do Capital Segurado

5.2.1. O Segurado poderá solicitar, a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os Prêmios pagos em dia, a alteração do Capital Segurado desta cobertura, observada a cláusula 9 (Capital Segurado) das condições gerais.

5.2.2. Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de Capital Segurado e de Prêmio previamente estabelecidos pela Seguradora.

5.2.3. Caso o Capital Segurado de Morte Qualquer Causa da Apólice seja alterado, ou ainda, a vigência de uma das coberturas opcionais que possuam Cobertura de Morte Qualquer Causa seja encerrada, o Capital Segurado desta cobertura deverá, obrigatoriamente, ser revisto, de modo a se manter entre os limites mínimo e máximo estabelecidos pela Seguradora.

5.2.4. Caso o Segurado solicite a redução do Capital Segurado, a Seguradora pagará a ele a Reserva técnica proporcional à redução, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a redução até o efetivo pagamento.

5.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o 30º (trigésimo) dia após o recebimento de um diagnóstico de Doença Grave Coberta ou da realização de um Procedimento Médico Coberto.

6. Vigência da Cobertura

6.1. A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na Apólice de Seguro de Vida, e corresponderá ao período de pagamento dos Prêmios referentes a esta cobertura.

6.1.1. A vigência de cada cobertura opcional poderá não coincidir com a vigência da cobertura básica, não podendo exceder o período de vigência desta.

6.1.2. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes.

6.2. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24h da data para tal fim nela indicada.

7. Suspensão e Reabilitação

7.1. Na falta de pagamento dos Prêmios, após o decurso do Período de Tolerância, descrito na cláusula 11 (Período de Tolerância) das condições gerais, esta cobertura ficará suspensa, conforme previsto no item 14.2. das condições gerais.

7.1.1. Não serão cobrados Prêmios referentes ao Período de Suspensão.

7.2. Caso o Segurado não solicite quaisquer das alternativas citadas no item 14.3. das condições gerais até o último dia do Período de Suspensão, a Seguradora cancelará a Apólice, pagando ao Segurado a Reserva técnica formada até o dia do cancelamento, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

7.3. **Caso haja reabilitação do seguro, o período de carência descrito na cláusula 3 (Carência) destas condições especiais terá sua contagem reiniciada, a partir da data da expedição da comunicação pela Seguradora quanto à decisão de aceitação.**

8. Cessação da Cobertura

8.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 14 (Suspensão e Reabilitação do Seguro) e 16 (Cancelamento do Seguro) das condições

gerais do seguro, a garantia do risco a que se referem estas condições especiais cessa ainda:

a) com o cancelamento ou término da cobertura básica a qual esta cobertura opcional está vinculada, respeitado o período correspondente ao Prêmio pago;
b) com o pagamento do Benefício ao Segurado, por diagnóstico de uma Doença Grave Coberta ou pela realização de um Procedimento Médico Coberto;
c) com a mudança da cobertura básica à qual esta cobertura opcional está vinculada para Valor Saldado ou Benefício Prolongado; ou
d) com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura opcional.

8.2. Caso o Segurado solicite o cancelamento da cobertura opcional, a Seguradora pagará a ele a Reserva técnica formada até o dia do cancelamento da cobertura, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

9. Pagamento do Benefício

9.1. O pagamento de qualquer benefício decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados no item 9.2, observada a cláusula 19 (Pagamento do Benefício) das condições gerais e demais disposições do seguro.

9.1.1. Para fins desta cobertura, considera-se início do direito ao benefício o 30º (trigésimo) dia após a data em que o Segurado tiver recebido o um diagnóstico de Doença Grave Coberta ou tenha realizado o Procedimento Médico Coberto, na forma estabelecida nestas condições especiais, e desde que o Segurado esteja vivo nesta data.

9.2. Os documentos básicos, a seguir relacionados, podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à Seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, específico para esta cobertura opcional, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu Representante Legal;
b) Documento assinado pelo médico assistente do Segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
c) Declaração de sobrevivência do Segurado;
d) Cópias dos exames comprobatórios, conforme item 2.4 destas condições especiais;
e) Cópia do prontuário médico de internação hospitalar do Segurado, em caso de ter havido internação;
f) Documento de Identidade e CPF do Segurado;
g) Certidão de Nascimento do Segurado, quando menor de 18 (dezoito) anos;
h) Comprovante de Residência do Segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;
i) Comprovante de telefone e DDD do Segurado;
j) Comprovante de profissão do Segurado; e
k) Comprovante do patrimônio estimado ou renda mensal do Segurado.

9.3. O Benefício será pago ao Segurado de forma única e integral.

9.3.1. Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era de direito, o valor será pago de acordo com a legislação vigente.

10. Disposições Gerais

Ratificam-se as demais condições do Seguro Vida Inteira Modificado 30 que não foram alteradas por estas condições especiais.

DOENÇAS GRAVES MODULAR

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL

1. Definições 93
2. Garantias 94
3. Carência 113
4. Riscos Excluídos 113
5. Capital Segurado 114
6. Vigência da Cobertura 115
7. Suspensão e Reabilitação 115
8. Cessação da Cobertura 116
9. Pagamento do Benefício 117
10. Disposições Gerais 118

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL DE
DOENÇAS GRAVES MODULAR

Estas condições especiais integram o Seguro Vida Inteira Modificado 30, prevalecendo sobre as normas contidas nas Condições Gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. Serão utilizadas as mesmas definições do Glossário de Termos Técnicos das Condições Gerais do Seguro Vida Inteira Modificado 30, além das definições a seguir inseridas:

Módulos de cobertura: organização, em grupos, das Doenças Graves Cobertas e dos Procedimentos Médicos Cobertos para critérios de análise de risco, subscrição, aceitação e indenização.

Doença Grave Coberta: doenças especificadas no item 2.4 destas condições especiais, respeitadas sua organização em módulos de coberturas, suas respectivas definições, caracterizações e exclusões.

Benefício adicional: capital segurado adicional a ser pago se, ao primeiro diagnóstico de câncer de mama, no caso de segurada do sexo feminino, ou diagnóstico de câncer de próstata, no caso de segurado do sexo masculino, for caracterizada uma das situações especificadas.

Procedimento Médico Coberto: procedimentos médicos especificados no item 2.4 destas condições especiais, respeitadas sua organização em módulos de coberturas, suas respectivas definições, caracterizações e exclusões.

Evento Coberto: sobrevivência do Segurado 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico, feito por médico especializado, de uma das Doenças Graves Cobertas ou da realização de um dos Procedimentos Médicos Cobertos, ambos descritos no item 2.4 destas condições especiais, desde que respeitados os períodos de demonstração de persistência das limitações ou manutenção da terapia, previstos para algumas das Doenças Graves Cobertas.

1.2. Para efeito deste seguro, o Beneficiário será o próprio Segurado.

2. Garantias

2.1. Esta cobertura opcional, desde que contratada e pago o Prêmio adicional correspondente, garante o pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de sobrevivência do Segurado 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico de uma Doença Grave Coberta ou da realização de um Procedimento Médico Coberto, todos descritos a seguir, desde que respeitados os períodos de demonstração de persistência das limitações ou manutenção da terapia, previstos para algumas das Doenças Graves Cobertas. O diagnóstico deverá ter sido emitido e constatado pela primeira vez após a data de início de vigência desta cobertura, observados os Riscos Excluídos, os Períodos de Carência, os módulos de coberturas e demais termos destas condições especiais, das Condições Gerais e da Apólice.

2.2. Em caso de Invalidez Permanente e Parcial por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de pagamento de Prêmios desta cobertura, conforme previsto no subitem 2.1.2 das Condições Gerais, a Seguradora não cobrará os Prêmios referentes a esta cobertura.

2.3. **A idade mínima para contratação desta cobertura é de 14 (quatorze) anos e a máxima é de 70 (setenta) anos, com idade de saída aos 75 (setenta e cinco) anos.**

2.4. **Doenças Graves e Procedimentos Médicos Cobertos**

As Doenças Graves e os Procedimentos Médicos cobertos estão agrupados em módulos referentes a critérios de análise de risco, subscrição, aceitação e indenização, conforme tabela a seguir.

Módulo I	Câncer; anemia aplástica; e transplante de medula óssea.
Módulo II	Cirurgia coronariana com enxerto vascular (Bypass); infarto agudo do miocárdio; insuficiência renal terminal; acidente vascular encefálico; transplante de coração ou rim; cirurgia das valvas cardíacas; e cirurgia da aorta.
Módulo III	Hepatite viral fulminante; pancreatite crônica; doença hepática grave; doença pulmonar crônica; transplantes de fígado, pulmão, intestino delgado, pâncreas e tecido composto; e queimaduras de terceiro grau.
Módulo IV	Esclerose múltipla; doença de Alzheimer; esclerose lateral amiotrófica (ELA); paralisia de membros; tumor cerebral benigno; cegueira; surdez; coma decorrente de traumatismo crânio encefálico; e doença de Parkinson idiopática.

A aplicação para os quatro módulos é compulsória, sendo a aceitação para três ou quatro módulos resultante da análise de risco e subscrição da seguradora.

A emissão desta cobertura opcional com quatro módulos possibilita o pagamento de até dois sinistros de módulos contratados diferentes, desde que não haja relação entre os dois eventos cobertos e sejam respeitadas as carências e exclusões previstas.

A emissão desta cobertura opcional com três módulos possibilita o pagamento de um sinistro de um dos módulos contratados, desde que se trate de um evento coberto e sejam respeitadas as carências e exclusões previstas.

MÓDULO I

I.I. Câncer

Neoplasia maligna caracterizada pelo crescimento e multiplicação descontrolada de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo.

Exceto se houver exclusão específica, a definição de câncer também inclui leucemia, linfoma maligno e síndrome mielodisplásica.

Por esta definição estão cobertas todas as neoplasias malignas metastáticas (metástases a distância).

As exclusões são:

- Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama e neoplasia intraepitelial cervical – NIC-1, NIC-2 e NIC-3).

- Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 (sete) ou estadiamento menos avançado que T2, N0, M0.

- Leucemia linfocítica (ou linfoide) crônica – LLC no estágio A de Binet.

- Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno estágio IA (T1a, N0, M0).

- Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0 (menos avançado que T2 e sem metástase para linfonodo ou a distância).

- Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta.

- Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial.

- Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.

- Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. *pylori*.

- Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estágios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010.

- Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia.

- Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia ou radioterapia.

- Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estágio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

I.1.1. A garantia de câncer prevê um benefício adicional de 50% (cinquenta por cento) do capital segurado vigente no caso de diagnóstico de câncer de mama em seguradas do sexo feminino ou de câncer de próstata em segurados do sexo masculino, desde que, na data do seu primeiro diagnóstico, a doença esteja em estágio avançado de acordo com as especificações a seguir:

Câncer de mama:

- Câncer de mama classificado nos estágios T2, T3 ou T4 de acordo com a classificação TNM.

- Câncer de mama classificado no estágio T1 de acordo com a classificação TNM desde que haja metástase no linfonodo que apresente no mínimo, grau N1 ou metástase de distância independentemente da localização que apresente, no mínimo, grau M1.

Câncer de próstata:

- Câncer de próstata classificado como estágios T3 ou T4 de acordo com a classificação clínica TNM.

- Câncer de próstata classificado como T1 ou T2 pela classificação clínica TNM se também apresentar metástase para linfonodo (que apresente, no mínimo, grau N1) ou metástases a distância (que apresente, no mínimo, grau M1).

I.II. Anemia Aplástica

Diagnóstico inequívoco de anemia aplástica, confirmado por médico hematologista e evidenciado pela histologia da medula óssea, que resulte em insuficiência grave da medula óssea, com anemia, neutropenia e trombocitopenia. A doença deve ter sido tratada com transfusão de sangue e com pelo menos um dos seguintes itens:

- Medicamentos estimulantes da medula óssea.

- Imunossupressores.

- Transplante de medula óssea.

I.III. Transplante de Medula Óssea

Procedimento em que o Segurado participa exclusivamente como receptor de células precursoras da medula óssea originadas de doador humano (transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas).

O procedimento deve ser indicado por médico onco-hematologista com respaldo em exames complementares e deve ser realizado por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

As exclusões são:

- Autotransplante/Transplante autólogo/Transplante autogênico.

- Transplante de células-tronco embrionárias que não as hematopoiéticas.

- Transplantes de tecidos não especificados.

- Transplantes de outros órgãos não especificados anteriormente.

MÓDULO II

II.I. Cirurgia coronariana com enxerto vascular (bypass)

Realização de cirurgia cardíaca para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com implante de enxerto vascular (bypass). Estão cobertos cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia).

A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.

As exclusões são:

- Angioplastia coronariana ou implante de stent.

II.II. Infarto Agudo do Miocárdio

Infarto do miocárdio é a morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto do miocárdio deve ser confirmada por médico cardiologista e se basear no comportamento (elevação e/ou queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio, em associação com pelo menos dois dos seguintes critérios:

- Sintomas de isquemia (por exemplo: dor torácica).

- Alterações no eletrocardiograma (ECG) indicativas de isquemia recente (mudanças recentes ST - T ou novo bloqueio de ramo esquerdo).

- Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG.

As exclusões são:

- Síndrome coronariana aguda (angina estável ou instável).

- Elevação da troponina sem relação clara com cardiopatia isquêmica (por exemplo: miocardite, aneurisma apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, intoxicação medicamentosa).

- Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais, ou causado por vasoespasmo coronariano, ponte miocárdica ou uso de drogas / medicamentos.

- Infarto do miocárdio que ocorra até 14 (catorze) dias após angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio.

II.III. Insuficiência Renal Terminal

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

O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

As exclusões são os quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.

II.IV. Acidente Vascular Encefálico ("Derrame")

Morte de tecido encefálico devido a evento encéfalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoide), ou embolia originada em uma fonte extracraniana com:

- instalação aguda de novos sintomas neurológicos; e

- constatação de novos déficits neurológicos objetivos no exame clínico.

O déficit neurológico deve persistir por mais de 3 (três) meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

As exclusões são:

- Ataque isquêmico transitório (TIA) e déficit neurológico isquêmico reversível prolongado (PRIND).

- Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos.

- Hemorragias encefálicas pós-operatórias.

- Déficits neurológicos decorrentes de hipóxia, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou procedimentos médicos.

- Achados de imagem incidentais (CT ou RNM) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVE silencioso).

- Déficits relacionadas à morte de tecido do nervo óptico, retina ou órgão vestibular.

II.V. Transplante de coração ou rim

Procedimento cirúrgico em que o Segurado participa exclusivamente como receptor de um coração ou rim, originado de doador humano vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído.

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.

As exclusões são:

- Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda de um doador humano.

- Transplantes com órgão de animais, não humanos.

- Autotransplantes.

- Transplantes de outros órgãos ou tecidos não especificados anteriormente.

II.VI. Cirurgia das Valvas Cardíacas

Realização de cirurgia cardíaca para substituição ou reparo de uma ou mais valvas cardíacas (mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar). A definição abrange os seguintes procedimentos com tórax aberto e endovasculares: esternotomia total, esternotomia parcial, toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por cateter, implante transcateter de prótese valvar aórtica (TAVI).

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião cardíaco, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames cardiológicos de imagem.

A exclusão é a clipagem da valva mitral transcateter.

II.VII. Cirurgia da Aorta

Realização de cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecção da aorta decorrente de doença. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular, estão cobertos nessa definição.

A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião vascular, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

As exclusões são:

- Cirurgia de qualquer ramo da aorta torácica ou abdominal, inclusive enxertos de bypass aorto-femoral e aorto-ilíaco;

- Cirurgia da aorta relacionada com doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por exemplo: síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos).

- Cirurgia após lesão traumática da aorta decorrente de acidente pessoal.

MÓDULO III

III.I. Hepatite viral fulminante

Diagnóstico inequívoco de hepatite viral fulminante que deve ser confirmado por médico hepatologista ou gastroenterologista e obedecer a todos os seguintes critérios:

- Curso sorológico típico de hepatite viral aguda.

- Desenvolvimento de encefalopatia hepática.

- Diminuição do tamanho do fígado.

- Aumento dos níveis de bilirrubina.

- Distúrbio de coagulação com INR (Índice Internacional Normalizado) maior que 1,5.

- Desenvolvimento de insuficiência hepática em até 7 (sete) dias após o início dos sintomas.

- Ausência de histórico conhecido de doença hepática que possa ter causado o problema anterior.

As exclusões são:

- Todas as outras causas não virais de insuficiência hepática aguda (incluindo intoxicação por paracetamol ou aflatoxina).

- Hepatite viral fulminante associada ao uso de drogas/medicamentos intravenosos.

III.II. Pancreatite Crônica

Diagnóstico inequívoco de pancreatite crônica grave, confirmado por médico gastroenterologista e apoiado por exames de imagem e laboratoriais (por exemplo: elastase fecal), devendo ser evidenciado por um período mínimo contínuo de 3 (três) meses e atender a todos os itens a seguir:

- Insuficiência pancreática exócrina com perda de peso e esteatorreia.

- Insuficiência pancreática endócrina com diabetes pancreático.

- Necessidade de reposição oral de enzimas pancreáticas.

As exclusões são:

- Pancreatite crônica devido ao uso de álcool ou drogas/medicamentos.

- Pancreatite aguda.

III.III. Doença Hepática Grave

Diagnóstico inequívoco de doença hepática avançada, que deve ter sua gravidade evidenciada por escore mínimo de 7 pontos (classe B ou C) na classificação de Child-Pugh. A pontuação deve ser calculada com base na soma de todas as variáveis a seguir:

- Níveis de bilirrubina total.

- Níveis de albumina sérica.

- Gravidade da ascite.

- INR – Índice Internacional Normalizado (indicador de coagulação sanguínea).

- Encefalopatia hepática.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico hepatologista ou gastroenterologista e apoiado por exames de imagem.

A exclusão é a doença hepática grave secundária ao uso de álcool ou drogas e/ou medicamentos (incluindo hepatites B e C adquiridas pelo uso de drogas e/ou medicamentos intravenosos).

III.IV. Doença Pulmonar Crônica

Diagnóstico inequívoco de doença pulmonar grave com insuficiência respiratória crônica, que deve obedecer a todos os seguintes critérios:

- VEF1 (Volume Expiratório Forçado no 1º segundo) inferior a 40% do previsto, verificado em duas medições feitas com pelo menos um mês de intervalo.

- Oxigenoterapia de pelo menos 16 horas por dia durante um período mínimo de 3 (três) meses.

- Redução persistente da pressão parcial de oxigênio (PaO2) para níveis abaixo de 55 mmHg (7,3 kPa) na gasometria arterial, em medidas sem administração de oxigênio.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista.

III.V. Transplante de fígado, pulmão, intestino delgado, pâncreas e tecido composto

Procedimento cirúrgico em que o Segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas e intestino delgado (inclui transplante parcial). Os transplantes parciais ou

totais de face, mão, braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nessa definição.

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

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.

As exclusões são:

- Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano.

- Transplantes com órgão de animais, não humanos.

- Autotransplantes (mãos etc.).

- Transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados anteriormente.

- Transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.

- Transplantes de outros órgãos ou tecidos não especificados anteriormente.

III.VI. Queimaduras de terceiro grau

Queimadura de terceiro grau (destruição da pele em profundidade que atinge o tecido subjacente) que comprometa pelo menos 20% (vinte por cento) da superfície corporal, calculada pela "Regra dos Nove" ou pela tabela de "Lund-Browder", decorrente de acidente pessoal coberto.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico cirurgião plástico ou especialista.

As exclusões são quaisquer queimaduras de primeiro ou segundo grau.

MÓDULO IV

IV.I. Esclerose múltipla

Diagnóstico inequívoco de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e embasado por todos os seguintes critérios:

- Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 (seis) meses.

- Ressonância magnética (RM) que mostre pelo menos duas lesões desmielinizantes no encéfalo ou na medula espinhal, características da esclerose múltipla.

As exclusões são:

- Possível esclerose múltipla e síndromes neurológicas ou radiológicas isoladas que sejam sugestivas, mas não diagnósticas, de esclerose múltipla.

- Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas.

- Casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da cobertura, conforme descrito na cláusula 3.

IV.II. Doença de Alzheimer

Diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer, que deve atender a todos os seguintes critérios:

- Perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais (planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social.

- Alteração da personalidade.

- Declínio gradual e progressivo da função cognitiva.

- Ausência de distúrbio da consciência.

- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por exemplo: tomografia).

A doença deve ter sido diagnosticada e exigir supervisão diária e constante, 24 (vinte e quatro) horas por dia, de terceiros. O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão diária e constante devem ser confirmados por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

As exclusões são: outras formas de demência devido a perturbações cerebrais ou sistêmicas ou devido a doenças psiquiátricas.

IV.III. Esclerose lateral amiotrófica (ELA)

Diagnóstico definitivo e inequívoco, confirmado por médico neurologista e apoiado por estudos de condução nervosa (NCS) e eletromiografia (EMG), de esclerose lateral amiotrófica (ELA, ou doença de Lou Gehrig).

As exclusões são:

- Qualquer outra forma de doença do neurônio motor.

- Neuropatia motora multifocal (NMM) e miosite por corpúsculos de inclusão.

- Síndrome pós-pólio (SPP).

- Atrofia muscular espinhal (AME).

- Polimiosite e dermatomiosite.

- Casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da cobertura, conforme descrito na cláusula 3.

IV.IV. Paralisia de membros

Perda total, completa e irreversível da função motora de dois ou mais membros, decorrente de trauma (acidente pessoal coberto) ou doença que afete a medula espinhal ou o encéfalo.

Por perda total, entende-se força muscular grau zero (ausência de contração muscular), grau um (contração muscular visível ou palpável, porém incapaz de movimentar o segmento) ou grau dois (força suficiente para movimentar o segmento, mas que não consegue vencer a gravidade), conforme classificação de força muscular do MRC – Medical Research Council.

Por completa, entende-se que a paralisia motora deve afetar todo o membro (superior ou inferior), e não apenas parte dele: por exemplo, situações em que haja comprometimento apenas do pé ou da mão, ou do antebraço ou do ombro etc.

Por irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante da paralisia motora com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 90 (noventa) dias após a data do diagnóstico.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

As exclusões são:

- Paralisias provocadas por síndrome de Guillain-Barré.

- Paralisias hereditárias ou congênitas.

- Paralisias provocadas por distúrbios psiquiátricos ou psicológicos.

IV.V. Tumor cerebral benigno

Diagnóstico inequívoco de neoplasia cerebral benigna (não maligna), localizada dentro da caixa craniana (neurocrânio) e originada em tecido do cérebro, das meninges ou dos nervos cranianos. A neoplasia deve ter sido tratada com pelo menos um dos seguintes procedimentos:

- Ressecção cirúrgica (total ou parcial).

- Radiocirurgia estereotáxica.

- Radioterapia.

Caso nenhuma das opções de tratamento citadas tenha sido possível por razões médicas, esta garantia só será caracterizada se a neoplasia cerebral benigna causar déficit neurológico permanente, que deve ser documentado por pelo menos 3 (três) meses após a data do diagnóstico.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista ou neurocirurgião e embasado por exames de imagem.

As exclusões são:

- Diagnóstico ou tratamento de qualquer cisto, granuloma, hamartoma ou malformação vascular (arterial ou venosa).

- Neoplasias da glândula hipófise.

IV.VI. Cegueira

Perda irreversível, total ou quase total da visão de ambos os olhos causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença, obedecendo aos seguintes critérios:

- acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível; ou

- campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.

O diagnóstico deve ser confirmado por oftalmologista, evidenciado por exames específicos e aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas.

IV.VII. Surdez

Diagnóstico inequívoco de perda irreversível, total ou profunda da audição de ambas as orelhas, causada por doença ou decorrente de acidente pessoal coberto. O diagnóstico deve ser confirmado por médico otorrinolaringologista e evidenciado por audiograma tonal, obedecendo o seguinte critério:

- Limiar auditivo médio maior que 90dB nas frequências de 500Hz, 1000Hz e 2000Hz na melhor orelha.

IV.VIII. Coma decorrente de traumatismo cranioencefálico

Diagnóstico inequívoco de coma, exclusivamente decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto, que se caracteriza por estado de inconsciência em que não há resposta a estímulos externos ou internos e que:

- resulta em uma pontuação de 8 ou menos na escala de coma de Glasgow por pelo menos 96 horas;

- requer o uso de sistemas de suporte à vida;

- resulta em déficit neurológico persistente que pode ser verificado após 30 (trinta) dias ou mais do início do coma.

O diagnóstico deve ser confirmado por um médico neurologista.

As exclusões são:

- Coma induzido.

- Qualquer coma decorrente de ferimentos autoinfligidos, uso de álcool ou drogas/medicamentos.

- Qualquer coma não decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto.

IV.IX. Doença de Parkinson idiopática

Diagnóstico inequívoco de doença de Parkinson idiopática primária, que deve ser confirmado por médico neurologista e evidenciado por todas as seguintes manifestações clínicas:

- Rigidez muscular.

- Tremor.

- Bradicinesia (lentidão anormal dos movimentos; morosidade das respostas físicas e mentais).

A doença deve resultar em limitação física permanente que demande auxílio de terceiros, por um período contínuo mínimo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias. O diagnóstico da doença e a limitação física com necessidade de auxílio de terceiros devem ser confirmados por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas especializadas.

A implantação de neuroestimulador para controle dos sintomas por estímulos cerebrais profundos é coberta desde que seja considerada medicamente necessária pelo médico neurologista ou neurocirurgião.

As exclusões são:

- Parkinsonismo secundário (incluindo parkinsonismo induzido por droga, medicamento ou toxina).

- Tremor essencial.

- Parkinsonismo relacionado a outros distúrbios neurodegenerativos.

3. Carência

3.1. **Somente serão garantidos por esta cobertura o recebimento do diagnóstico de uma das Doenças Graves Cobertas ou a realização de um dos Procedimentos Médicos Cobertos que tenham ocorrido após 90 (noventa) dias, contados do início da vigência desta cobertura.**

3.2. **Para as garantias Esclerose Múltipla e Esclerose Lateral Amiotrófica, ambas previstas e descritas no módulo IV, haverá carência de 12 (doze) meses contados do início da vigência. Não serão considerados eventos cobertos os casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência.**

3.3 **Quando disponível, o segundo sinistro deverá obedecer a uma carência de 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data que caracterizou o evento coberto do primeiro sinistro indenizado.**

3.4. Não haverá carência nos casos em que a Doença Grave Coberta ou o Procedimento Médico Coberto for proveniente de Acidente Pessoal ocorrido após o início da vigência desta cobertura.

4. Riscos Excluídos

Além das exclusões descritas no item 2.4 destas condições especiais e as previstas na cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, estão excluídos desta cobertura:

a) diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes ou pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com ele, ainda que estes sejam médicos profissionais habilitados.
b) diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado.

c) doenças profissionais.

d) os casos de ocorrência de Doença Grave Coberta ou Procedimento Médico Coberto resultante de tentativa de suicídio do Segurado ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro ou após novo prazo de 2 (dois) anos a partir da data da reabilitação do seguro. Neste caso, de acordo com o Artigo 798 do Código Civil Brasileiro, a Seguradora restituirá a Reserva técnica constituída em nome do Segurado.

5. Capital Segurado

5.1. O Capital Segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará na Apólice de Seguro.

5.2. Alteração do Capital Segurado

5.2.1. O Segurado poderá solicitar, a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os Prêmios pagos em dia, a alteração do Capital Segurado desta cobertura, observada a cláusula 9 (Capital Segurado) das Condições Gerais.

5.2.2. Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de Capital Segurado e de Prêmio previamente estabelecidos pela Seguradora.

5.2.3. Caso o Capital Segurado da cobertura básica e/ou coberturas opcionais que possuam Cobertura de Morte Qualquer Causa seja alterado **ou, ainda, a vigência de uma das coberturas opcionais que possuam Cobertura de Morte Qualquer Causa seja encerrada,** o Capital Segurado desta cobertura deverá, obrigatoriamente, ser revisto, de modo a se manter entre os limites mínimo e máximo estabelecidos pela Seguradora.

5.2.4. Caso o Segurado solicite a redução do Capital Segurado, a Seguradora pagará a ele a Reserva técnica proporcional à redução, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a redução até o efetivo pagamento.

5.2.5. A alteração do Capital Segurado será aplicada a toda a cobertura, independentemente dos módulos vigentes.

5.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o 30º (trigésimo) dia após o recebimento de um diagnóstico de Doença Grave Coberta ou da realização de um Procedimento Médico Coberto, respeitadas as definições e características de cada doença, anteriormente especificadas.

6. Vigência da Cobertura

6.1. A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na Apólice de Seguro de Vida, e corresponderá ao período de pagamento dos Prêmios referentes a esta cobertura.

6.1.1. A vigência de cada cobertura opcional poderá não coincidir com a vigência da cobertura básica, não podendo exceder o período de vigência desta.

6.2. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24h da data para tal fim nela indicada.

7. Suspensão e Reabilitação

7.1. Na falta de pagamento dos Prêmios, após o decurso do Período de Tolerância, descrito na cláusula 11 (Período de Tolerância) das Condições Gerais, esta cobertura ficará suspensa, conforme previsto no item 14.2 das Condições Gerais.

7.1.1. Não serão cobrados Prêmios referentes ao Período de Suspensão.

7.2. Caso o Segurado não solicite quaisquer das alternativas citadas no item 14.3 das Condições Gerais até o último dia do Período de Suspensão, a Seguradora cancelará a Apólice, pagando ao Segurado a Reserva técnica formada até o dia do cancelamento, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva

acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

7.3. **Caso haja reabilitação do seguro, os períodos de carência descritos na cláusula 3 (Carência) destas condições especiais terão sua contagem reiniciada, a partir da data da expedição da comunicação pela Seguradora quanto à decisão de aceitação.**

7.3.1 Caso a reabilitação do seguro seja feita após o pagamento do primeiro sinistro, será considerado um novo período de carência de 180 (cento e oitenta) dias a partir da data de reabilitação da apólice.

7.3.2 A solicitação para reabilitação deverá seguir as mesmas condições da data da suspensão, respeitando os módulos então contratados.

8. Cessação da Cobertura

8.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 14 (Suspensão e Reabilitação do Seguro) e 16 (Cancelamento do Seguro) das Condições Gerais, a garantia do risco a que se referem estas condições especiais cessa ainda:

a) com o cancelamento ou término da cobertura básica à qual esta cobertura opcional está vinculada, respeitado o período correspondente ao Prêmio pago.
b) com o pagamento do Benefício ao Segurado, por diagnóstico de uma Doença Grave Coberta ou pela realização de um Procedimento Médico Coberto quando a cobertura estiver com 3 (três) módulos vigentes.
c) com a mudança da cobertura básica à qual esta cobertura opcional está vinculada para Valor Saldado.
d) com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura opcional. O cancelamento será de toda a cobertura, independentemente dos módulos vigentes.

8.2. Caso o Segurado solicite o cancelamento da cobertura opcional, a Seguradora pagará a ele a Reserva técnica formada até o dia do cancelamento da cobertura, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

9. Pagamento do Benefício

9.1. O pagamento de qualquer benefício decorrente da presente cobertura extingue o respectivo módulo associado. Esse pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados no item 9.2 a seguir, observada a cláusula 19 (Pagamento do Benefício) das Condições Gerais e demais disposições do seguro.

9.1.1. O segurado ou seu(s) beneficiário(s) faz(em) jus à indenização desta cobertura a partir do 30º (trigésimo dia) após a data da caracterização do diagnóstico da Doença Grave Coberta ou da realização do Procedimento Médico Coberto, ambos descritos no item 2.4 destas condições especiais, desde que respeitados os períodos de sobrevivência (30 dias) e de demonstração de persistência das limitações ou manutenção da terapia, previstos para algumas das Doenças Graves Cobertas.

9.1.2 Quando do pagamento do benefício de um dos quatro módulos contratados, o valor dos prêmios desta cobertura com então três módulos serão mantidos nos mesmos termos até o fim da sua vigência.

9.2. Os documentos básicos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à Seguradora:

a) Formulário de Aviso de Sinistro específico para esta cobertura opcional, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal;
b) Documento assinado pelo médico assistente do Segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter

carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;

c) Declaração de sobrevivência do Segurado;

d) Cópias dos exames comprobatórios, conforme item 2.4 (Doenças Graves e Procedimentos Médicos Cobertos) destas condições especiais;

e) Cópia do prontuário médico de internação hospitalar do Segurado, em caso de ter havido internação;

f) Documento de Identidade e CPF do Segurado;

g) Certidão de Nascimento do Segurado, quando menor de 18 (dezoito) anos;

h) Comprovante de Residência do Segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;

i) Comprovante de telefone e DDD do Segurado;

j) Comprovante de profissão do Segurado;

k) Comprovante do patrimônio estimado ou renda mensal do Segurado.

9.3. O Benefício será pago ao Segurado de forma única e integral.

9.3.1. Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era de direito, o valor será pago de acordo com a legislação vigente.

10. Disposições Gerais

Ratificam-se as demais condições do Seguro Vida Inteira Modificado 30 que não foram alteradas por estas condições especiais.

INVALIDEZ ACIDENTAL

(Invalidez Permanente e Parcial por Acidente)

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL

1. Definições 120
2. Garantias 120
3. Riscos Excluídos 121
4. Capital Segurado 122
5. Vigência 123
6. Suspensão e Reabilitação 124
7. Cessação da Cobertura 124
8. Ocorrência de Sinistro 125
9. Pagamento do Benefício 125
10. Disposições Gerais 126

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL DE
INVALIDEZ ACIDENTAL
(Invalidez Permanente e Parcial por Acidente)

Estas condições especiais integram o Seguro Vida Inteira Modificado 30, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. Serão utilizadas as mesmas definições do Glossário de Termos Técnicos das Condições Gerais do Seguro Vida Inteira Modificado 30.

1.2. Para fins desta cobertura, o Beneficiário é o próprio Segurado.

2. Garantias

2.1. Esta cobertura, desde que contratada e pago o Prêmio adicional correspondente, garante ao Segurado, durante o Período de Vigência, o pagamento de um benefício referente ao Capital Segurado, em caso de Invalidez Permanente e Parcial por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, previstos contratualmente.

2.2. Entende-se por Invalidez Permanente e Parcial por Acidente a perda anatômica ou perda funcional definitiva de um membro, segmento ou órgão, decorrente de lesão física causada por Acidente Pessoal, que resulte em pelo menos um dos quadros incapacitantes a seguir listados:

a) perda total da visão de um olho;
b) surdez total e incurável de ambos os ouvidos;
c) perda total do uso de um dos membros superiores;
d) perda total do uso de um dos membros inferiores;
e) perda total do uso de uma das mãos;
f) perda total do uso de um dos pés;
g) imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral;
h) imobilidade do segmento sacro-lombo-torácico da coluna vertebral;
i) mudez incurável; e/ou

j) amputação de um polegar no nível da articulação metacarpofalangeana ou perda total do movimento de oposição do polegar com comprometimento da função de "pinça", de uma das mãos.

Os critérios que definem a perda do movimento de oponência do polegar e função de "pinça" são:

- amputação do 1º dedo (polegar) no nível da articulação metacarpofalangeana de uma das mãos;
- amputação do 2º, 3º, 4º e 5º dedos no nível da articulação metacarpofalangeana da mesma mão;
- amputação da falange distal do 1º dedo (polegar) simultaneamente com a amputação do 2º e 3º dedos, no nível da falange média ou proximal, da mesma mão;
- lesão traumática com perda total da função do nervo mediano de um dos membros superiores, necessariamente demonstrada por eletroneuromiografia.

A perda da função de "pinça" também é caracterizada caso o segurado venha a sofrer um acidente que resulte em uma perda definitiva da sensibilidade, força muscular (para pinça fina – 1º dedo, polegar, e 2º dedo), comissura e mobilidade/dimensão (sendo esta composta pela avaliação de até 5 movimentos principais), a ser avaliada por médico especializado, por meio do preenchimento de formulário específico. A combinação dos resultados desses critérios deverá atingir uma pontuação mínima para qualificação do sinistro.

2.3. **A idade mínima para contratação desta cobertura é de 14 (quatorze) anos e a máxima é de 70 (setenta) anos, com idade de saída aos 75 (setenta e cinco) anos.**

3. Riscos Excluídos

Além das exclusões previstas na cláusula 3 (Riscos Excluídos) das condições gerais, estão excluídos desta cobertura eventos que caracterizem uma Invalidez Permanente e Total por Acidente. Entende-se por Invalidez Permanente e Total por Acidente a perda anatômica ou perda funcional definitiva de um membro, segmento ou órgão, decorrente de lesão física causada por Acidente Pessoal, que resulte em pelo menos um dos quadros incapacitantes a seguir listados:

a) **perda total da visão de ambos os olhos;**
b) **perda total do uso de ambos os membros superiores;**
c) **perda total do uso de ambos os membros inferiores;**
d) **perda total do uso de ambas as mãos;**
e) **perda total do uso de um membro superior e de um membro inferior, simultaneamente;**
f) **perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés, simultaneamente;**
g) **perda total do uso de ambos os pés;**
h) **alienação mental total e incurável, devidamente comprovada, podendo ser necessária a apresentação de Termo de Curatela Definitivo; e/ou**
i) **para a perda de movimento de oposição do polegar (função de pinça), temos as seguintes exclusões:**
   - **decorrente de causas não acidentais;**
   - **parcial decorrente de acidente;**
   - **decorrente de doenças quaisquer;**
   - **decorrente de cirurgias, mesmo que erros médicos;**
   - **decorrente de autoflagelação ou automutilação;**
   - **decorrente de mutilação intencional, mesmo que praticada por outro indivíduo;**
   - **decorrente de condições congênitas, mesmo que parcialmente;**
   - **decorrente de doenças preexistentes, mesmo que parcialmente;**
   - **decorrente de condições/acidentes preexistentes agravadas (acidente anterior/amputação anterior de alguns dedos);**
   - **decorrente de acidente durante estado alterado por drogas ou álcool;**
   - **decorrente de acidentes com implicações criminais ao segurado;**
   - **decorrente de reimplante da mesma parte anatômica, sem perda total da função.**

4. Capital Segurado

4.1. O Capital Segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará na Apólice de Seguro de Vida.

4.2. Alteração do Capital Segurado

4.2.1. O Segurado poderá solicitar, a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os Prêmios pagos em dia, a alteração do Capital Segurado desta cobertura, por meio de formulário apropriado, observada a cláusula 9 (Capital Segurado) das condições gerais.

4.2.2. Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de Capital Segurado e de Prêmios previamente estabelecidos pela Seguradora.

4.3. Caso o Capital Segurado de Morte Qualquer Causa da Apólice seja alterado, ou ainda, a vigência de uma das coberturas opcionais que possuam Cobertura de Morte Qualquer Causa seja encerrada, o Capital Segurado desta cobertura deverá, obrigatoriamente, ser revisto, de modo a se manter entre os limites mínimo e máximo estabelecidos pela Seguradora.

4.4. **A estruturação técnica desta cobertura não prevê a formação da Reserva técnica. Sendo assim, a redução do Capital Segurado não resultará no pagamento de quaisquer valores ao Segurado.**

4.5. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. Vigência

5.1. A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos conforme estabelecido na Apólice de Seguro de Vida e corresponderá ao período de pagamento dos Prêmios referentes a esta cobertura.

5.1.1. A vigência desta cobertura opcional poderá não coincidir com a vigência da cobertura básica, não podendo exceder o período de vigência desta.

5.1.2. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes.

5.2. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24h da data para tal fim nela indicada.

5.3. Não há carência para esta cobertura opcional.

6. Suspensão e Reabilitação

6.1. Na falta de pagamento dos Prêmios e após o decurso do Período de Tolerância, descrito na cláusula 11 (Período de Tolerância) das condições gerais, esta cobertura ficará suspensa, conforme previsto no item 14.2 das condições gerais.

6.1.1. Não serão cobrados Prêmios referentes ao Período de Suspensão.

6.2. Caso o Segurado não solicite quaisquer das alternativas citadas no item 14.3 das condições gerais até o último dia do Período de Suspensão, **a Seguradora cancelará a Apólice.**

7. Cessação da Cobertura

7.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 14 (Suspensão e Reabilitação do Seguro) e 16 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais do seguro, a garantia do risco a que se referem estas condições especiais cessa ainda:

a) com o cancelamento ou término da cobertura básica à qual esta cobertura opcional está vinculada, respeitado o período correspondente ao Prêmio pago;
b) com o pagamento do benefício ao Segurado por Invalidez Permanente e Parcial por Acidente;
c) com a mudança da cobertura básica à qual esta cobertura opcional está vinculada para Valor Saldado ou Benefício Prolongado; ou
d) com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura opcional.

7.2. **A estruturação técnica desta cobertura opcional não prevê a formação da Reserva técnica. Sendo assim, o cancelamento desta cobertura não resultará no pagamento de quaisquer valores ao Segurado.**

8. Ocorrência de Sinistro

8.1. Ocorrido um evento coberto, este deverá ser comunicado à Seguradora pelo Segurado ou por seu Representante Legal, em formulário apropriado fornecido pela Seguradora, acompanhado dos documentos previstos no subitem 19.4.3 das condições gerais.

8.2. O Segurado, por ocasião do Acidente Pessoal coberto, deverá recorrer imediatamente, às suas custas, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

8.3. A Invalidez Permanente e Parcial, conforme descrito no item 2.2 destas condições especiais, deve ser comprovada por declaração médica, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação do Segurado, observado o disposto no item 19.3 das condições gerais deste seguro.

8.3.1. A declaração médica deverá ser suportada por exames complementares e/ou relatórios disponíveis que confirmem a incapacidade médica alegada.

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

9. Pagamento do Benefício

9.1. O pagamento de qualquer benefício decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, observada a cláusula 19 (Pagamento do Benefício) das condições gerais e demais disposições do seguro.

9.2. O benefício será pago ao Segurado de forma única e integral.

9.2.1. Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era de direito, o valor será pago de acordo com a legislação vigente.

10. Disposições Gerais

Ratificam-se as demais condições do Seguro Vida Inteira Modificado 30 que não foram alteradas por estas condições especiais.

MORTE ACIDENTAL

(Período de Pagamento dos Prêmios Igual ao Período de Vigência)

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL

1. Definições 128
2. Garantias 128
3. Riscos Excluídos 129
4. Capital Segurado 130
5. Vigência 130
6. Suspensão e Reabilitação 132
7. Cessação da Cobertura 132
8. Ocorrência de Sinistro 133
9. Pagamento do Benefício 133
10. Acumulação de Benefício 133
11. Disposições Gerais 133

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL DE

MORTE ACIDENTAL

(Período de Pagamento dos Prêmios Igual ao Período de Vigência)

Estas condições especiais integram o Seguro Vida Inteira Modificado 30, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

Serão utilizadas as mesmas definições do Glossário de Termos Técnicos das Condições Gerais do Seguro Vida Inteira Modificado 30.

2. Garantias

2.1. Esta cobertura, desde que contratada e pago o Prêmio adicional correspondente, garante ao(s) Beneficiário(s), durante o período de vigência, o pagamento do Capital Segurado de Morte Acidental, em caso de morte do Segurado em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, observados os Riscos Excluídos, previstos contratualmente.

2.2. Em caso de Invalidez Permanente e Parcial por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de pagamento de Prêmios desta cobertura, conforme previsto no subitem 2.1.2 das condições gerais, a Seguradora não cobrará os Prêmios referentes a esta cobertura.

2.3. **A idade mínima para contratação desta cobertura é de 14 (quatorze) anos e as idades máximas são as a seguir:**

Período de Pagamento	Idade Máxima de Contratação
▶ Por 5 anos	▶ 70 anos
▶ Por 10 anos	▶ 65 anos
▶ Por 15 anos	▶ 60 anos

Período de Pagamento	Idade Máxima de Contratação
▶ Por 20 anos	▶ 55 anos
▶ Por 25 anos	▶ 50 anos
▶ Por 30 anos	▶ 45 anos
▶ Até 60 anos	▶ 50 anos
▶ Até 65 anos	▶ 55 anos
▶ Até 70 anos	▶ 60 anos
▶ Até 75 anos	▶ 65 anos

Essa cobertura tem idade de saída aos 75 (setenta e cinco) anos.

3. Riscos Excluídos

Além das exclusões previstas na cláusula 3 (Riscos Excluídos) das condições gerais, estão excluídas desta cobertura opcional os acidentes ocorridos em consequência de:

a) **viagens em aeronaves, caso o Segurado seja integrante de sua tripulação, assim compreendidos o piloto, o copiloto, o engenheiro de voo, os comissários de bordo e qualquer outro tripulante que tenha responsabilidades na viagem diferentes daquelas de um passageiro, cuja atividade profissional não tenha sido prévia e oportunamente declarada na Proposta de Contratação de Seguro de Vida. Esta exclusão não se aplica aos tripulantes que estejam servindo às Forças Armadas ou a autoridades policiais e de fiscalização, para treinamentos ou quaisquer outros fins; e**

b) **furacões, tufões, ciclones, terremotos, erupções vulcânicas, maremotos e outras convulsões da natureza.**

4. Capital Segurado

4.1. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e constará na Apólice de Seguro de Vida.

4.2. Alteração do Capital Segurado

4.2.1. O Segurado poderá solicitar, a qualquer momento, por escrito, desde que o seguro esteja vigente e com os Prêmios pagos em dia, a alteração do Capital Segurado desta cobertura, observada a cláusula 9 (Capital Segurado) das condições gerais.

4.2.2. Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de Capital Segurado e de Prêmio previamente estabelecidos pela Seguradora.

4.3. Caso o Capital Segurado de Morte Qualquer Causa da Apólice seja alterado, ou ainda, a vigência de uma das coberturas opcionais que possuam Cobertura de Morte Qualquer Causa seja encerrada, o Capital Segurado desta cobertura deverá, obrigatoriamente, ser revisto, de modo a se manter entre os limites mínimo e máximo estabelecidos pela Seguradora.

4.4. A estruturação técnica desta cobertura não prevê a formação da Reserva técnica. **Sendo assim, a redução do Capital Segurado não resultará no pagamento de quaisquer valores ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s).**

4.5. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. Vigência

5.1. A vigência desta cobertura será estabelecida na Apólice de Seguro e corresponderá ao período de pagamento dos Prêmios referentes a esta cobertura, conforme opções a seguir:

Período de Cobertura	Período de Pagamento
por 5 anos	por 5 anos
por 10 anos	por 10 anos
por 15 anos	por 15 anos
por 20 anos	por 20 anos
por 25 anos	por 25 anos
por 30 anos	por 30 anos
até 60 anos de idade	até 60 anos de idade
até 65 anos de idade	até 65 anos de idade
até 70 anos de idade	até 70 anos de idade
até 75 anos de idade	até 75 anos de idade

5.1.1. A vigência desta cobertura opcional poderá não coincidir com a vigência da cobertura básica, não podendo exceder o período de vigência desta.

5.1.2. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes.

5.2. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24h da data para tal fim nela indicada.

5.3. Não há carência para esta cobertura opcional.

6. Suspensão e Reabilitação

6.1. Na falta de pagamento dos Prêmios e após o decurso do Período de Tolerância, descrito na cláusula 11 (Período de Tolerância) das condições gerais, esta cobertura ficará suspensa, conforme previsto no item 14.2 das condições gerais.

6.1.1. Não serão cobrados Prêmios referentes ao Período de Suspensão.

6.2. Caso o Segurado não solicite quaisquer das alternativas citadas no item 14.3 das condições gerais até o último dia do Período de Suspensão, a Seguradora cancelará a cobertura.

6.3. A estruturação técnica desta cobertura não prevê a formação da Reserva técnica. **Sendo assim, o cancelamento desta cobertura não resultará no pagamento de quaisquer valores ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s).**

7. Cessação da Cobertura

7.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 14 (Suspensão e Reabilitação do Seguro) e 16 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais do seguro, a garantia do risco a que se referem estas condições especiais cessa ainda:

a) com o cancelamento ou término da cobertura básica a qual esta cobertura opcional está vinculada, respeitado o período correspondente ao Prêmio pago;
b) com o pagamento do benefício ao(s) Beneficiário(s) por Morte Acidental do Segurado;
c) com a mudança da cobertura básica à qual esta cobertura opcional está vinculada para Valor Saldado ou Benefício Prolongado; ou
d) com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura opcional.

7.2. **A estruturação técnica desta cobertura não prevê a formação da Reserva técnica. Sendo assim, o cancelamento desta cobertura não resultará no pagamento de quaisquer valores ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s).**

8. Ocorrência de Sinistro

Ocorrendo um evento coberto, este deverá ser comunicado à Seguradora pelo(s) Beneficiário(s), em formulário apropriado fornecido pela Companhia, acompanhado dos documentos previstos no subitem 19.4.1 das condições gerais.

9. Pagamento do Benefício

9.1. O pagamento de qualquer benefício decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, observada a cláusula 19 (Pagamento do Benefício) das condições gerais e demais disposições do seguro.

9.2. O benefício será pago de forma única e integral.

10. Acumulação de Benefício

Na ocorrência de morte do Segurado, decorrente de Acidente Pessoal coberto, o(s) Beneficiário(s) indicado(s) terá(ão) direito a receber o Benefício por Morte da cobertura básica e o Benefício por Morte Acidental desta cobertura opcional.

11. Disposições Gerais

Ratificam-se as demais condições do Seguro Vida Inteira Modificado 30 que não foram alteradas por estas condições especiais.

MORTE ACIDENTAL

(Período de Pagamento dos Prêmios Diferente do Período de Vigência)

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL

1. Definições 135
2. Garantias 135
3. Riscos Excluídos 136
4. Capital Segurado 137
5. Vigência da Cobertura 137
6. Suspensão e Reabilitação 138
7. Cessação da Cobertura 139
8. Ocorrência de Sinistro 140
9. Pagamento do Benefício 140
10. Acumulação de Benefício 140
11. Disposições Gerais 140

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL DE

MORTE ACIDENTAL

(Período de Pagamento dos Prêmios Diferente do Período de Vigência)

Estas condições especiais integram o Seguro Vida Inteira Modificado 30, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

Serão utilizadas as mesmas definições do Glossário de Termos Técnicos das Condições Gerais do Seguro Vida Inteira Modificado 30.

2. Garantias

2.1. Esta cobertura, desde que contratada e pago o Prêmio adicional correspondente, garante ao(s) Beneficiário(s), durante o período de vigência, o pagamento do Capital Segurado de Morte Acidental, em caso de morte do Segurado em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, observados os Riscos Excluídos, previstos contratualmente.

2.2. Em caso de Invalidez Permanente e Parcial por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de pagamento de Prêmios desta cobertura, conforme previsto no subitem 2.1.2 das condições gerais, a Seguradora não cobrará os Prêmios referentes a esta cobertura.

2.3. **A idade mínima para contratação desta cobertura é de 14 (quatorze) anos e as idades máximas são as a seguir:**

Período de Pagamento	Idade Máxima de Contratação
▶ Por 10 anos	▶ 65 anos
▶ Por 20 anos	▶ 55 anos

Período de Pagamento	Idade Máxima de Contratação
▶ Por 30 anos	▶ 45 anos
▶ Até 55 anos	▶ 45 anos
▶ Até 60 anos	▶ 50 anos
▶ Até 65 anos	▶ 55 anos
▶ Até 70 anos	▶ 60 anos

Essa cobertura tem idade de saída aos 75 (setenta e cinco) anos.

3. Riscos Excluídos

Além das exclusões previstas na cláusula 3 (Riscos Excluídos) das condições gerais, estão excluídas desta cobertura opcional os acidentes ocorridos em consequência de:

a) **viagens em aeronaves, caso o Segurado seja integrante de sua tripulação, assim compreendidos o piloto, o copiloto, o engenheiro de voo, os comissários de bordo e qualquer outro tripulante que tenha responsabilidades na viagem diferentes daquelas de um passageiro, cuja atividade profissional não tenha sido prévia e oportunamente declarada na Proposta de Contratação de Seguro de Vida. Esta exclusão não se aplica aos tripulantes que estejam servindo às Forças Armadas ou a autoridades policiais e de fiscalização, para treinamentos ou quaisquer outros fins; e**

b) **furacões, tufões, ciclones, terremotos, erupções vulcânicas, maremotos e outras convulsões da natureza.**

4. Capital Segurado

4.1. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e constará na Apólice de Seguro de Vida.

4.2. Alteração do Capital Segurado

4.2.1. O Segurado poderá solicitar, a qualquer momento, por escrito, desde que o seguro esteja vigente e com os Prêmios pagos em dia, a alteração do Capital Segurado desta cobertura, observada a cláusula 9 (Capital Segurado) das condições gerais.

4.2.2. Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de Capital Segurado e de Prêmio previamente estabelecidos pela Seguradora.

4.3. Caso o Capital Segurado de Morte Qualquer Causa da Apólice seja alterado, ou ainda, a vigência de uma das coberturas opcionais que possuam Cobertura de Morte Qualquer Causa seja encerrada, o Capital Segurado desta cobertura deverá, obrigatoriamente, ser revisto, de modo a se manter entre os limites mínimo e máximo estabelecidos pela Seguradora.

4.3.1. Caso o Segurado solicite a redução do Capital Segurado, a Seguradora pagará a ele a Reserva técnica proporcional à redução, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a redução até o efetivo pagamento.

4.4. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. Vigência da Cobertura

5.1. A vigência desta cobertura será estabelecida na Apólice de Seguro de Vida, dentre as opções a seguir:

Período de Cobertura	Período de Pagamento
até 75 anos de idade	por 10 anos
até 75 anos de idade	por 20 anos
até 75 anos de idade	por 30 anos
até 75 anos de idade	até 55 anos de idade
até 75 anos de idade	até 60 anos de idade
até 75 anos de idade	até 65 anos de idade
até 75 anos de idade	até 70 anos de idade

5.1.1. A vigência desta cobertura opcional poderá não coincidir com a vigência da cobertura básica, não podendo exceder o período de vigência desta.

5.1.2. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes.

5.2. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24h da data para tal fim nela indicada.

5.3. Não há carência para esta cobertura opcional.

5.4. Esta cobertura cessará automaticamente ao final do período de vigência contratado.

6. Suspensão e Reabilitação

6.1. Na falta de pagamento dos Prêmios e após o decurso do Período de Tolerância, descrito na cláusula 11 (Período de Tolerância) das

condições gerais, esta cobertura ficará suspensa, conforme previsto no item 14.2 das condições gerais.

6.1.1. Não serão cobrados Prêmios referentes ao Período de Suspensão.

6.2. Caso o Segurado não solicite quaisquer das alternativas citadas no item 14.3 das condições gerais até o último dia do Período de Suspensão, a Seguradora cancelará a cobertura, pagando ao Segurado a Reserva técnica, formada até o dia do cancelamento, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

7. Cessação da Cobertura

7.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 14 (Suspensão e Reabilitação do Seguro) e 16 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais do seguro, a garantia do risco a que se referem estas condições especiais cessa ainda:

a) com o cancelamento ou término da cobertura básica a qual esta cobertura opcional está vinculada, respeitado o período correspondente ao Prêmio pago;
b) com o pagamento do benefício ao(s) Beneficiário(s) por Morte Acidental do Segurado;
c) com a mudança da cobertura básica à qual esta cobertura opcional está vinculada para Valor Saldado ou Benefício Prolongado; ou
d) com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura opcional.

7.2. Caso o Segurado solicite o cancelamento da cobertura opcional, a Seguradora pagará a ele a Reserva técnica, formada até o dia do cancelamento da cobertura, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

8. Ocorrência de Sinistro

Ocorrendo um evento coberto, este deverá ser comunicado à Seguradora pelo(s) Beneficiário(s), em formulário apropriado fornecido pela Companhia, acompanhado dos documentos previstos no subitem 19.4.1 das condições gerais.

9. Pagamento do Benefício

9.1. O pagamento de qualquer benefício decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de entrega de todos os documentos solicitados, observada a cláusula 19 (Pagamento do Benefício) das condições gerais e demais disposições do seguro.

9.2. O benefício será pago de forma única e integral.

10. Acumulação de Benefício

Na ocorrência de morte do Segurado, decorrente de Acidente Pessoal coberto, o(s) Beneficiário(s) indicado(s) terá(ão) direito a receber o Benefício por Morte da cobertura básica e o Benefício por Morte Acidental desta cobertura opcional.

11. Disposições Gerais

Ratificam-se as demais condições do Seguro Vida Inteira Modificado 30 que não foram alteradas por estas condições especiais.

PERDA DA AUTONOMIA PESSOAL

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL

1. Definições 142
2. Garantias 142
3. Carência e Franquia 145
4. Riscos Excluídos 145
5. Capital Segurado 147
6. Vigência da Cobertura 148
7. Suspensão e Reabilitação 148
8. Cessação da Cobertura 149
9. Solicitação de Benefício 149
10. Disposições Gerais 151

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL DE
PERDA DA AUTONOMIA PESSOAL

Estas condições especiais integram o seguro Vida Inteira Modificado 30, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do Glossário de Termos Técnicos das condições gerais do seguro Vida Inteira Modificado 30, além das definições a seguir:

Atividades da vida diária (AVD): atividades rotineiras relacionadas a higiene, mobilidade, alimentação, vestimenta e autocuidado, consideradas fundamentais para atender as necessidades básicas da vida cotidiana pessoal e social.

Evento coberto: caracterização da Perda da Autonomia Pessoal decorrente de acidente pessoal ou de doença, observadas as regras do seguro.

Franquia: é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento do capital segurado.

Tecnologia assistiva: parelhos, equipamentos e recursos (por exemplo órteses, próteses, materiais auxiliares, ambiente adaptado) que proporcionam ou ampliam habilidades funcionais de pessoas com algum tipo de incapacidade.

1.2. Para efeito deste seguro, o beneficiário será o próprio segurado.

2. Garantias

2.1. A contratação desta cobertura opcional e o pagamento do prêmio adicional correspondente garantem o pagamento do capital segurado contratado, em caso de caracterização da Perda da Autonomia Pessoal em consequência de uma doença ou de um acidente pessoal.

Deverão ser observados os riscos excluídos, os períodos de carência e franquia e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e da apólice.

2.2. A cobertura Perda da Autonomia Pessoal é caracterizada caso o segurado fique permanentemente incapacitado e dependente de terceiros para realizar 4 (quatro) ou mais atividades da vida diária (AVD).

Para fins desta cobertura opcional, as atividades da vida diária são: banho, higiene pessoal, vestimenta, alimentação, mobilidade e continência.

2.3. Descrição e critérios de enquadramento das AVD para caracterização da Perda da Autonomia Pessoal:

a) banho: sem ajuda de terceiros, o segurado não é capaz de entrar ou sair da banheira ou do chuveiro, tomar banho e enxugar-se.
Não preenche critérios para a AVD banho o segurado que seja somente incapaz de chegar ao banheiro sozinho ou que seja capaz de realizar sozinho uma ou mais das ações descritas nesta alínea a.
b) higiene pessoal: sem ajuda de terceiros, o segurado não é capaz de lavar-se parcialmente (parte superior ou inferior do corpo), fazer higiene íntima após usar o banheiro ou durante o período menstrual (para mulheres), escovar os dentes, pentear o cabelo, fazer a barba (para homens).
Não preenche critérios para a AVD higiene pessoal o segurado que seja somente incapaz de chegar ao banheiro sozinho ou que seja capaz de realizar sozinho uma ou mais das ações descritas nesta alínea b.
c) vestimenta: sem ajuda de terceiros, o segurado não é capaz de vestir-se, despir-se completamente, colocar e prender prótese ou colete cirúrgico, caso faça uso desses materiais.
Não preenche critérios para a AVD vestimenta o segurado que seja capaz de realizar sozinho uma ou mais das ações descritas nesta alínea c.
d) alimentação: o segurado necessita que seu alimento seja administrado através de tubos ou não é capaz, sem ajuda de terceiros, de consumir alimentos e bebidas previamente preparados e servidos.

Não preenche critérios para a AVD alimentação o segurado que consegue consumir alimentos ou bebidas com o auxílio de talheres, pratos e copos adaptados ou que seja capaz de realizar sozinho uma ou mais das ações descritas nesta alínea d.

e) mobilidade: sem ajuda de terceiros, o segurado não é capaz de andar no plano, sentar-se, levantar-se, entrar e sair da cama.
Não preenche critérios para a AVD mobilidade o segurado que consegue se locomover sozinho com auxílio de cadeira de rodas, próteses, órteses etc., ou que seja capaz de realizar sozinho uma ou mais das ações descritas nesta alínea e.

f) continência: o segurado possui incontinência urinária ou fecal permanente, ou não é capaz de esvaziar sua bexiga ou intestino de forma autônoma. A Perda da Autonomia Pessoal neste item também se caracteriza quando há a necessidade do uso contínuo e irreversível de cateteres ou de fraldas absorventes, os quais o segurado não consegue trocar sem ajuda de terceiros.
Não preenche critérios para a AVD continência o segurado que faz uso de cateteres ou de fraldas absorventes apenas com a finalidade de facilitar os cuidados.

2.3.1. O uso de tecnologia assistiva para realizar a AVD não configura dependência de terceiros.

2.3.2. As definições e especificações descritas em cada uma das AVD devem ser atendidas completamente para que ocorra o enquadramento.

2.4. **Poderá haver necessidade de que a Perda da Autonomia Pessoal seja validada por médico indicado pela seguradora.**

2.5. Em caso de Invalidez Permanente e Parcial por Acidente do segurado, em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de pagamento de prêmios desta cobertura, conforme previsto no subitem 2.1.2 das condições gerais, a seguradora não cobrará os prêmios referentes a esta cobertura.

2.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o quadro clínico incapacitante que comprove a Perda da Autonomia Pessoal.

2.7. **A idade mínima para contratação desta cobertura é de 14 (quatorze) anos e as idades máximas de contratação são as a seguir:**

Período de Pagamento	Idade Máxima de Contratação
▶ Por 5 anos	▶ 70 anos
▶ Por 10 anos	▶ 65 anos

Essa cobertura tem idade de saída aos 75 (setenta e cinco) anos.

3. Carência e Franquia

3.1. **Somente será garantida por esta cobertura a Perda da Autonomia Pessoal caracterizada após fim do período de carência, que é de 90 (noventa) dias contados do início da vigência desta cobertura.**

3.1.1. Não haverá carência nos casos em que a Perda da Autonomia Pessoal for proveniente de acidente pessoal coberto.

3.2. **A franquia desta cobertura é a sobrevivência do segurado pelo período de 30 (trinta) dias após a caracterização da Perda da Autonomia Pessoal.**

4. Riscos Excluídos

Além das exclusões previstas na cláusula 3 (Riscos Excluídos) das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

a) **Furações, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.**

b) **Ocorrências relacionadas a condutas praticadas em razão ou em decorrência de transtornos psiquiátricos mentais e comportamentais, ainda que consequentes de acidente pessoal, exceto quando configurado quadro de insanidade mental/alienação mental total irreversível.**

c) **Diagnósticos concedidos pelo próprio segurado, seus dependentes, parentes ou pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com ele, ainda que estes sejam médicos profissionais habilitados.**

d) **Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado.**

e) **Quadros clínicos de incapacidade funcional parcial, de incapacidade laborativa temporária, de invalidez acidentária ou de invalidez laborativa permanente do segurado, mesmo que determinados por órgãos previdenciários oficiais, que não atendam a todos os critérios previstos para caracterização do sinistro.**

f) **Alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, ainda que de origem traumática, que não sejam exclusivamente causadas por fraturas ou luxações comprovadas por exames radiológicos e de imagem.**

g) **Alterações anatômicas ou funcionais da medula espinhal e raízes nervosas, ainda que de origem traumática, que não sejam passíveis de comprovação objetiva por meio de exames de imagem e de eletroneuromiografia.**

h) **Quaisquer ferimentos causados propositadamente no segurado, pelo responsável pelo pagamento, pelo(s) beneficiário(s) da apólice, por ele próprio ou pelos seus respectivos representantes legais. No caso de ferimentos causados propositadamente no segurado por ele próprio, caracterizando sua tentativa de suicídio. Esta exclusão é válida se o evento ocorrer nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do seguro, ou após novo prazo de 2 (dois) anos a partir da data da reabilitação do seguro. Neste caso, de acordo com o Artigo 798 do Código Civil Brasileiro, a seguradora restituirá a Reserva técnica constituída em nome do segurado.**

5. Capital Segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará na apólice de seguro de vida.

5.2. Alteração do Capital Segurado

5.2.1. O segurado poderá solicitar, a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os prêmios pagos em dia, a alteração do capital segurado desta cobertura, observada a cláusula 9 (Capital Segurado) das condições gerais.

5.2.2. Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de capital segurado e de prêmio previamente estabelecidos pela seguradora.

5.2.3. O capital segurado desta cobertura deverá, obrigatoriamente, ser revisto (de modo a se manter entre os limites mínimo e máximo estabelecidos pela seguradora) nos seguintes casos:

a) quando o capital segurado de Morte Qualquer Causa da apólice for alterado;
b) quando a vigência de uma das coberturas opcionais que possuam cobertura de Morte Qualquer Causa for encerrada.

5.2.4. Caso o segurado solicite a redução do capital segurado, a seguradora pagará a ele a Reserva técnica proporcional à redução, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a redução até o efetivo pagamento.

5.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data indicada pelo médico assistente na declaração médica em que ocorreu a caracterização da Perda da Autonomia Pessoal.

5.3.1. A data da caracterização da Perda da Autonomia Pessoal poderá ser estabelecida por meio da verificação de evidências docu-

mentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Vigência da Cobertura

6.1. A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos ou de 10 (dez) anos, conforme estabelecido na apólice de seguro de vida, e corresponderá ao período de pagamento dos prêmios referentes a esta cobertura.

6.1.1. A vigência de cada cobertura opcional poderá não coincidir com a vigência da cobertura básica, não podendo exceder o período de vigência desta.

6.1.2. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes.

6.2. A apólice terá seu início e término de vigência às 24h da data para tal fim nela indicada.

7. Suspensão e Reabilitação

7.1. Na falta de pagamento dos prêmios e após o período de tolerância, descrito na cláusula 14 (Período de Tolerância) das condições gerais, esta cobertura ficará suspensa, conforme previsto no item 14.2 das condições gerais.

7.1.1. Não serão cobrados prêmios referentes ao período de suspensão.

7.2. Caso o segurado não solicite quaisquer das alternativas citadas no item 14.3 das condições gerais até o último dia do período de suspensão, a seguradora cancelará a apólice. A seguradora, então, pagará ao segurado a Reserva técnica, formada até o dia do cancelamento, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/ IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

7.3. Caso haja reabilitação do seguro, o período de carência descrito na cláusula 3 destas condições especiais terá sua contagem reini-

ciada, a partir da data da expedição da comunicação pela seguradora quanto à decisão de aceitação.

8. Cessação da Cobertura

8.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 14 (Suspensão e Reabilitação do Seguro) e 16 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais do seguro, a garantia do risco a que se referem estas condições especiais cessa ainda:

a) Com o cancelamento ou término da cobertura básica à qual esta cobertura opcional está vinculada, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.
b) Com o pagamento do benefício ao segurado por Perda da Autonomia Pessoal.
c) Com a mudança da cobertura básica à qual esta cobertura opcional está vinculada para valor saldado ou benefício prolongado.
d) Com a solicitação expressa do segurado do cancelamento desta cobertura opcional.

8.2. Caso o segurado solicite o cancelamento da cobertura opcional, a Seguradora pagará a ele a Reserva técnica formada até o dia do cancelamento da cobertura, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

9. Solicitação de Benefício

9.1. Para solicitação do benefício, a seguradora deverá ser acionada pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 9.3 destas condições especiais.

9.2. O pagamento de qualquer benefício decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega dos documentos solicitados conforme item 9.3, observada a cláusula 19 (Pagamento do Benefício) das condições gerais e demais disposições do seguro.

9.2.1. Para fins desta cobertura, considera-se início do direito ao benefício o 30º (trigésimo) dia após a data em ocorreu a caracterização da Perda da Autonomia Pessoal, na forma estabelecida nestas condições especiais, respeitado ainda o período de carência, e desde que o segurado esteja vivo nessa data.

9.3. Os documentos básicos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) Formulário de aviso de sinistro específico para esta cobertura opcional, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal.
b) Declaração médica assinada pelo médico assistente, indicando a data da efetiva Perda da Autonomia Pessoal permanente. Na declaração médica, deverão constar histórico médico, informações sobre as circunstâncias do evento e a caracterização da dependência de terceiros para realização de 4 (quatro) ou mais AVD. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e assinatura deste com firma reconhecida.
c) Declaração de sobrevivência do segurado.
d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível.
e) Cópia do prontuário médico de internação hospitalar do segurado, em caso de ter havido internação.
f) Carteira Nacional de Habilitação do segurado, se este era o condutor na ocasião do acidente.
g) Brevê de Piloto e Atestado de Navegabilidade de Aeronave do segurado, se este era o piloto na ocasião do acidente.
h) Carteira de Habilitação Náutica do segurado, se este era o piloto da embarcação na ocasião do acidente.
i) Resultado do exame de dosagem alcoólica no sangue e laudo toxicológico, se o segurado era o condutor do veículo, aeronave ou embarcação na ocasião do acidente.

j) Documento de identidade e CPF do segurado.
k) Certidão de nascimento do segurado, quando menor de 18 (dezoito) anos.
l) Comprovante de residência do segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses.
m) Comprovante de telefone e DDD do segurado.
n) Comprovante de profissão do segurado.
o) Comprovante do patrimônio estimado ou renda mensal do segurado.

9.3.1. A declaração médica mencionada na alínea **b** e a declaração de sobrevivência mencionada na alínea **c** são documentos obrigatórios para solicitar a análise do sinistro.

9.4. O benefício será pago ao segurado de forma única e integral.

9.4.1. Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era de direito, o valor será pago de acordo com a legislação vigente.

10. Disposições Gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro Vida Inteira Modificado 30 que não foram alteradas por estas condições especiais.

RENDA FAMILIAR

(Morte Qualquer Causa)

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL

1. Definições 153
2. Garantias 153
3. Riscos Excluídos 154
4. Renda Segurada 155
5. Vigência 155
6. Suspensão e Reabilitação 156
7. Cessação da Cobertura 157
8. Ocorrência de Sinistro 157
9. Pagamento do Benefício 158
10. Acumulação de Benefício 160
11. Disposições Gerais 160
12. Tabelas de Decréscimo do Valor Segurado 160

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA OPCIONAL

RENDA FAMILIAR

(Morte Qualquer Causa)

Estas condições especiais integram o Seguro Vida Inteira Modificado 30, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

Serão utilizadas as mesmas definições do Glossário de Termos Técnicos das Condições Gerais do Seguro Vida Inteira Modificado 30, além das definições a seguir inseridas:

Renda: o valor para base de cálculo do Prêmio e do benefício pago na forma de renda, ambos estabelecidos na Apólice de Seguro de Vida.

Valor Segurado: valor para base de cálculo do benefício pago na forma única, correspondente ao valor presente das rendas futuras. Tal valor deve ser estabelecido em função da vigência do seguro contratado, conforme as Tabelas de Decréscimo do Valor Segurado constantes destas condições especiais, respeitado o Capital Segurado mínimo estabelecido pela Seguradora.

2. Garantias

2.1. Esta cobertura, desde que contratada e pago o Prêmio adicional correspondente, garante ao(s) Beneficiário(s), durante o período de vigência, o pagamento de um benefício referente ao valor da Renda, em caso de morte por quaisquer causas, ou a liberação do benefício ao Segurado, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado, observados os Riscos Excluídos previstos contratualmente para esta cobertura.

2.2. Em caso de Invalidez Permanente e Parcial por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de pagamento de Prêmios desta cobertura, conforme previsto no subitem 2.1.2 das condições gerais, a Seguradora não cobrará os Prêmios referentes a esta cobertura.

2.3. Em caso de Invalidez Permanente e Total por Acidente do Segurado em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a vigência desta cobertura, conforme previsto no subitem 2.1.3 das condições gerais, o benefício da cobertura opcional Renda Familiar será liberado ao Segurado e esta cobertura será cancelada.

2.4. **A idade mínima para contratação desta cobertura opcional é de 14 (quatorze) anos e as idades máximas de contratação são as a seguir:**

Período de Pagamento	Idade Máxima de Contratação
▶ Por 10 anos	▶ 65 anos
▶ Por 15 anos	▶ 60 anos
▶ Por 20 anos	▶ 55 anos
▶ Por 25 anos	▶ 50 anos
▶ Por 30 anos	▶ 45 anos
▶ Até 60 anos	▶ 50 anos
▶ Até 65 anos	▶ 55 anos
▶ Até 70 anos	▶ 60 anos

3. Riscos Excluídos

Serão considerados Riscos Excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 3 (Riscos Excluídos) das condições gerais deste seguro, ficando o Segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.

4. Renda Segurada

4.1. A Renda desta cobertura será estabelecida contratualmente e constará na Apólice de Seguro de Vida.

4.2. Alteração da Renda

4.2.1. O Segurado poderá solicitar, a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os Prêmios pagos em dia, a alteração da Renda Segurada desta cobertura, observada a cláusula 9 (Capital Segurado) das condições gerais.

4.2.2. Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de Renda e de Prêmio estabelecidos pela Seguradora.

4.2.3. Caso o Segurado solicite a redução da Renda Segurada, a Seguradora pagará a ele a Reserva técnica proporcional à redução, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a redução até o efetivo pagamento.

5. Vigência

5.1. A vigência desta cobertura será estabelecida na Apólice de Seguro de Vida e corresponderá ao período de pagamento dos Prêmios referentes a esta cobertura, conforme opções a seguir:

Período de Cobertura	Período de Pagamento
por 10 anos	por 10 anos
por 15 anos	por 15 anos
por 20 anos	por 20 anos
por 25 anos	por 25 anos

Período de Cobertura	Período de Pagamento
por 30 anos	por 30 anos
até 60 anos de idade	até 60 anos de idade
até 65 anos de idade	até 65 anos de idade
até 70 anos de idade	até 70 anos de idade

5.1.1. A vigência desta cobertura opcional poderá não coincidir com a vigência da cobertura básica, não podendo exceder o período de vigência desta.

5.1.2. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes.

5.2. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24h da data para tal fim nela indicada.

5.3. Não há carência para esta cobertura opcional.

5.4. Esta cobertura cessará automaticamente ao final do período de vigência contratado.

6. Suspensão e Reabilitação

6.1. Na falta de pagamento dos Prêmios, após o decurso do Período de Tolerância, descrito na cláusula 11 (Período de Tolerância) das condições gerais, esta cobertura ficará suspensa, conforme previsto no item 14.2 das condições gerais.

6.1.1. Não serão cobrados Prêmios referentes ao Período de Suspensão.

6.2. Caso o Segurado não solicite nenhuma das alternativas citadas no item 14.3 das condições gerais até o último dia do Período de Suspensão, a Seguradora cancelará a Apólice, pagando ao Segurado a

Reserva técnica formada até o dia do cancelamento, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

7. Cessação da Cobertura

7.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 14 (Suspensão e Reabilitação do Seguro) e 16 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais do Seguro, a garantia do risco a que se referem estas condições especiais cessa ainda:

a) com o cancelamento ou término da cobertura básica a qual esta cobertura opcional está vinculada, respeitado o período correspondente ao Prêmio pago;
b) com o pagamento do benefício ao(s) Beneficiário(s) por morte do Segurado;
c) com o pagamento do benefício ao Segurado por Invalidez Permanente e Total por Acidente;
d) com a mudança da cobertura básica à qual esta cobertura opcional está vinculada para Valor Saldado ou Benefício Prolongado; ou
e) com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura opcional.

7.2. Caso o Segurado solicite o cancelamento desta cobertura opcional, a Seguradora pagará a ele a Reserva técnica formada até o dia do cancelamento da cobertura, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

8. Ocorrência de Sinistro

Ocorrendo um evento coberto, este deverá ser comunicado à Seguradora pelo(s) Beneficiário(s), em formulário apropriado fornecido pela Companhia, acompanhado dos documentos previstos no item 19.4 das condições gerais.

9. Pagamento do Benefício

9.1. O pagamento de qualquer benefício decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, observada a cláusula 19 (Pagamento do Benefício) das condições gerais e demais disposições do seguro.

9.2. Na ocorrência de um dos eventos descritos nos itens 2.1 e 2.3 destas condições especiais durante a vigência desta cobertura opcional, a Seguradora pagará o Benefício, de acordo com o disposto no item 9.3 a seguir.

9.3. Opções para Recebimento do Benefício

9.3.1. Após a ocorrência de evento coberto, o(s) Beneficiário(s) poderá(ão) escolher um dos 3 (três) seguintes modos de recebimento:

a) Pagamento Total do Benefício na forma de renda.

Ocasião em que o Benefício será pago na forma de renda mensal.

O período de pagamento do Benefício será a diferença entre o período de cobertura do seguro contratado e o ano de vigência da Apólice na data de ocorrência do sinistro, exceto nos casos a seguir:

(I) No caso do sinistro ocorrer durante os 5 (cinco) anos anteriores ao término do período de cobertura do seguro, a Seguradora pagará o benefício mencionado durante 5 (cinco) anos, a partir da data da morte do Segurado.

(II) Caso a Invalidez Permanente e Total por Acidente ocorra durante os 5 (cinco) anos anteriores ao término do período de cobertura do seguro, a Seguradora pagará ao Segurado o Benefício mencionado durante 5 (cinco) anos, a partir da data do evento.

b) Pagamento Total do Benefício na forma única.

O Benefício será pago de forma única e integral, correspondente ao valor presente das rendas futuras, descontadas a uma taxa de juros de 3% a.a. (três por cento ao ano), de acordo com a idade e o sexo do Segurado e a vigência do seguro contratado. Tal valor deve ser estabelecido conforme as Tabelas de Decréscimo do Valor Segurado constante destas condições especiais, respeitada a Renda mínima estabelecida pela Seguradora.

c) Pagamento Parcial do Benefício.

O Benefício será pago de forma parcial, de acordo com o percentual escolhido pelo(s) Beneficiário(s), e o restante, pago na forma de renda mensal, conforme definido na alínea **a**.

9.3.2. Durante o pagamento do Benefício em forma de renda, o(s) Beneficiário(s) poderá(ão), a qualquer momento, a menos que exista prévia solicitação do Segurado em contrário, optar por receber em um único pagamento o total correspondente às rendas a receber. Nesse caso, será calculado o valor presente das rendas futuras, descontadas a uma taxa de juros de 3% a.a. (três por cento ao ano).

9.3.3. Na hipótese de o(s) Beneficiário(s) de uma das opções de recebimento em forma de renda, descritas nas alíneas **a** e **c** do subitem 9.3.1, falecer(em) durante o período de recebimento do benefício, a Seguradora pagará ao(s) herdeiro(s) legal(is) deste(s) Beneficiário(s) o valor total das prestações a receber. Nesse caso, será calculado o valor presente das prestações futuras, descontadas a uma taxa de juros de 3% a.a. (três por cento ao ano).

9.3.4. O saldo da Reserva técnica será capitalizado financeiramente, com base na taxa de juros de 3% a.a. (três por cento ao ano). Essa capitalização financeira ocorre todos os meses durante o pagamento da renda.

9.4. A Seguradora emitirá, na ocasião da solicitação, para o(s) Beneficiário(s) que optar(em) por uma das modalidades previstas nas alíneas **a** e **c** do subitem 9.3.1, um documento contendo o período determinado e o valor determinado de cada recebimento, além de outras informações pertinentes.

10. Acumulação de Benefício

Na ocorrência de um dos eventos previstos nos itens 2.1 e 2.3 destas condições especiais, durante a vigência desta cobertura opcional, o benefício desta cobertura opcional se acumulará com o benefício da cobertura básica.

11. Disposições Gerais

Ratificam-se as demais condições do Seguro Vida Inteira Modificado 30 que não foram alteradas por estas condições especiais.

12. Tabelas de Decréscimo do Valor Segurado

Caso o(s) Beneficiário(s) escolha(m) receber o Benefício de forma única e integral, o valor a receber será determinado conforme a seguir:

- Se o período de pagamento dos Prêmios escolhido for por tempo, a multiplicação da Renda vigente será pelo fator definido a seguir, de acordo com o período de pagamento dos Prêmios escolhido e a vigência do seguro na data de ocorrência do sinistro, dividido por 10 (dez):

Ano de Vigência da Apólice na data de ocorrência do sinistro	Pagamento dos Prêmios/ cobertura por 10 anos	Pagamento dos Prêmios/ cobertura por 15 anos	Pagamento dos Prêmios/ cobertura por 20 anos	Pagamento dos Prêmios/ cobertura por 25 anos	Pagamento dos Prêmios/ cobertura por 30 anos
	Fator	Fator	Fator	Fator	Fator
1	995,150	1416,880	1780,668	2094,475	2365,167
2	903,063	1337,445	1712,147	2035,368	2314,181
3	808,214	1255,627	1641,570	1974,488	2261,665
4	710,519	1171,355	1568,876	1911,781	2207,574
5	609,894	1084,555	1494,001	1847,193	2151,860
6	558,454	995,150	1416,880	1780,668	2094,475
7	558,454	903,063	1337,445	1712,147	2035,368
8	558,454	808,214	1255,627	1641,570	1974,488
9	558,454	710,519	1171,355	1568,876	1911,781
10	558,454	609,894	1084,555	1494,001	1847,193
11		558,454	995,150	1416,880	1780,668
12		558,454	903,063	1337,445	1712,147
13		558,454	808,214	1255,627	1641,570
14		558,454	710,519	1171,355	1568,876
15		558,454	609,894	1084,555	1494,001
16			558,454	995,150	1416,880
17			558,454	903,063	1337,445
18			558,454	808,214	1255,627
19			558,454	710,519	1171,355
20			558,454	609,894	1084,555
21				558,454	995,150
22				558,454	903,063
23				558,454	808,214
24				558,454	710,519
25				558,454	609,894
26					558,454
27					558,454
28					558,454
29					558,454
30					558,454

- Se o período de pagamento dos Prêmios escolhido for por idade, a multiplicação da Renda vigente será pelo fator definido a seguir, de acordo com o período de pagamento dos Prêmios escolhido e a idade do Segurado no último aniversário da Apólice, dividido por 10 (dez):

Idade do Segurado no último aniversário da Apólice	Pagamento dos Prêmios/cobertura até 60 anos de idade	Pagamento dos Prêmios/cobertura até 65 anos de idade	Pagamento dos Prêmios/cobertura até 70 anos de idade
	Fator	Fator	Fator
14	3005,610	3151,120	3276,639
15	2973,837	3123,713	3252,997
16	2941,111	3095,483	3228,646
17	2907,403	3066,406	3203,564
18	2872,684	3036,457	3177,729
19	2836,923	3005,610	3151,120
20	2800,090	2973,837	3123,713
21	2762,151	2941,111	3095,483
22	2723,074	2907,403	3066,406
23	2682,825	2872,684	3036,457
24	2641,369	2836,923	3005,610
25	2598,669	2800,090	2973,837
26	2554,688	2762,151	2941,111
27	2509,387	2723,074	2907,403
28	2462,728	2682,825	2872,684
29	2414,668	2641,369	2836,923
30	2365,167	2598,669	2800,090
31	2314,181	2554,688	2762,151
32	2261,665	2509,387	2723,074
33	2207,574	2462,728	2682,825
34	2151,860	2414,668	2641,369
35	2094,475	2365,167	2598,669
36	2035,368	2314,181	2554,688
37	1974,488	2261,665	2509,387
38	1911,781	2207,574	2462,728
39	1847,193	2151,860	2414,668
40	1780,668	2094,475	2365,167
41	1712,147	2035,368	2314,181
42	1641,570	1974,488	2261,665
43	1568,876	1911,781	2207,574
44	1494,001	1847,193	2151,860
45	1416,880	1780,668	2094,475
46	1337,445	1712,147	2035,368

Idade do Segurado no último aniversário da Apólice	Pagamento dos Prêmios/cobertura até 60 anos de idade	Pagamento dos Prêmios/cobertura até 65 anos de idade	Pagamento dos Prêmios/cobertura até 70 anos de idade
	Fator	Fator	Fator
47	1255,627	1641,570	1974,488
48	1171,355	1568,876	1911,781
49	1084,555	1494,001	1847,193
50	995,150	1416,880	1780,668
51	903,063	1337,445	1712,147
52	808,214	1255,627	1641,570
53	710,519	1171,355	1568,876
54	609,894	1084,555	1494,001
55	558,454	995,150	1416,880
56	558,454	903,063	1337,445
57	558,454	808,214	1255,627
58	558,454	710,519	1171,355
59	558,454	609,894	1084,555
60		558,454	995,150
61		558,454	903,063
62		558,454	808,214
63		558,454	710,519
64		558,454	609,894
65			558,454
66			558,454
67			558,454
68			558,454
69			558,454

RENDA HOSPITALAR

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL

1. Definições 165
2. Garantias 166
3. Carência 167
4. Franquia 167
5. Riscos Excluídos 168
6. Diária Segurada 169
7. Data do Evento 170
8. Vigência da Cobertura 170
9. Suspensão e Reabilitação 171
10. Cessação da Cobertura 171
11. Pagamento do Benefício 172
12. Disposições Gerais 173

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL DE
RENDA HOSPITALAR

Estas condições especiais integram o Seguro Vida Inteira Modificado 30, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. Serão utilizadas as mesmas definições do Glossário de Termos Técnicos das Condições Gerais do Seguro Vida Inteira Modificado 30, além das definições a seguir inseridas:

Diária Segurada: importância a ser paga ao Segurado em função do valor contratualmente estabelecido para a garantia de evento coberto, independentemente do valor da diária de internação cobrada pelo hospital/clínica e demais despesas efetuadas pelo Segurado.

Doença: perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizada por um processo mórbido que torna necessária a sua internação hospitalar, não se enquadrando na classificação de Acidente Pessoal.

Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) garantia(s) abrangida(s) pelo seguro contratado, sendo, para fins desta cobertura, a internação hospitalar.

Franquia: é o período, em dias, contado a partir da data de evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento da diária segurada.

Garantias: obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

Hospital/Clínica: estabelecimento legalmente autorizado a funcionar como tal, e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro diplomados, possuindo serviço de enfermaria, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas.

Internação Hospitalar: período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação em Hospital/Clínica, caracterizado pela necessidade de tratamento médico que não possa ser realizado em regime ambulatorial.

Médico Assistente: 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.

Unidade de Terapia Intensiva (UTI): área especializada dentro da estrutura hospitalar que reúne equipamentos de alta complexidade tecnológica e equipe multidisciplinar especializada para a realização de tratamentos em terapia intensiva. Os cuidados ministrados aos pacientes deverão compreender:

a) cuidados para estabilizar os sistemas fisiológicos principais para a manutenção da vida; e
b) cuidados que não possam ser executados em outras unidades do hospital devido a técnicas próprias de UTI.

1.2. Para fins desta cobertura, o Beneficiário é o próprio Segurado.

2. Garantias

2.1. Esta cobertura, desde que contratada e pago o Prêmio adicional correspondente, garante ao Segurado, na hipótese da ocorrência de um evento coberto, o pagamento de uma Diária Segurada para cada dia de internação hospitalar por motivo de doença ou Acidente Pessoal coberto. Para cada dia de internação hospitalar em UTI a Diária Segurada será paga em dobro. Serão observados os limites de garantia, os Riscos Excluídos, o Período de Carência e demais termos previstos contratualmente para esta cobertura.

2.2. **A garantia está limitada ao pagamento de, no máximo, 200 (duzentas) diárias por evento, totalizando 1.000 (mil) diárias durante a vigência desta cobertura, respeitadas as exclusões, bem como os prazos de carência e de franquia pre-**

vistos nas cláusulas 3 (Carência), 4 (Franquia) e 5 (Riscos Excluídos) destas condições especiais.

2.3. A garantia restringe-se a eventos ocorridos durante a vigência desta cobertura, decorrido o período de carência e franquia.

2.4. Em caso de Invalidez Permanente e Parcial por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de pagamento de Prêmios desta cobertura, conforme previsto no subitem 2.1.2 das condições gerais, a Seguradora não cobrará os Prêmios referentes a esta cobertura.

2.5. **A idade mínima para contratação desta cobertura é de 14 (quatorze) anos e a máxima é de 70 (setenta) anos, com idade de saída aos 75 (setenta e cinco) anos.**

3. Carência

3.1. **Somente serão garantidos por esta cobertura os eventos ocorridos após 90 (noventa) dias, contados do início da vigência.**

3.2. Não haverá carência para a Garantia de Dispensa de Prêmio e nos casos em que a internação for proveniente de Acidente Pessoal ocorrido após o início da vigência desta cobertura.

4. Franquia

4.1. **As garantias desta cobertura estão sujeitas à franquia de 4 (quatro) dias, ou seja, somente estarão cobertas as internações hospitalares efetivadas a partir, inclusive, do quinto dia da respectiva internação hospitalar.**

4.2. **A partir do quinto dia de internação, o Segurado passa a ter direito ao benefício, sendo pagas, inclusive, as diárias retroativas ao período de franquia.**

5. Riscos Excluídos

Além das exclusões previstas na cláusula 3 (Riscos Excluídos) das condições gerais, estão excluídas desta cobertura as internações hospitalares para a realização de ou decorrentes de, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

a) **tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;**
b) **tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas;**
c) **diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;**
d) **tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos;**
e) **qualquer procedimento relacionado a gravidez, parto ou aborto, exceto em caso de Acidente Pessoal;**
f) **exame ou *check-up* preventivo;**
g) **qualquer procedimento estético, tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento;**
h) **cirurgias plásticas em geral, exceto as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de Acidente Pessoal ocorrido na vigência do seguro;**
i) **tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;**
j) **tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;**
k) **tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados à tentativa de suicídio ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro, ou após novo prazo de 2 (dois) anos da reabilitação do seguro, ou atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;**
l) **tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;**
m) **tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;**
n) **tratamento e/ou cirurgia de hérnias de qualquer natureza, exceto em caso de Acidente Pessoal;**

o) **internação domiciliar, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal;**
p) **furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
q) **investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;**
r) **tratamento cirúrgico devido a artroscopia e desvio de septo nasal;**
s) **qualquer classe de neoplasia maligna (Câncer) sem invasão ou "*in situ*" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão;**
t) **angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares); e**
u) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com estes, 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 cirúrgicas, em qualquer tempo.**

6. Diária Segurada

6.1. A Diária Segurada será estabelecida contratualmente e constará na Apólice de Seguro de Vida.

6.2. O saldo da Reserva técnica será capitalizado mensalmente pela taxa de juros equivalente a 2% a.a. enquanto a cobertura estiver em vigor.

6.3. Alteração da Diária Segurada

6.3.1. O Segurado poderá solicitar, a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os Prêmios pagos em dia, a alteração da Diária Segurada desta cobertura por meio de formulário apropriado, observada a cláusula 9 (Capital Segurado) das condições gerais.

6.3.2. Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de Diária Segurada e de Prêmio estabelecidos pela Seguradora.

6.3.3. Caso o Segurado solicite a redução da Diária Segurada desta cobertura opcional, a Seguradora pagará a ele a Reserva técnica proporcional à redução, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a redução até o efetivo pagamento.

6.4. Após a redução do valor da Diária Segurada, para manter a cobertura contratada em vigor, o Responsável pelo Pagamento deverá continuar pagando os Prêmios da cobertura contratada, porém, estes serão reduzidos na mesma proporção da redução do valor da Diária Segurada.

7. Data do Evento

Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação da Diária Segurada, a data da internação hospitalar e/ou a data da internação hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva.

8. Vigência da Cobertura

8.1. A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos conforme estabelecido na Apólice de Seguro de Vida e corresponderá ao período de pagamento dos Prêmios referentes a esta cobertura.

8.1.1. A vigência desta cobertura opcional poderá não coincidir com a vigência da cobertura básica, não podendo exceder o período de vigência desta.

8.1.2. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes.

8.2. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24h da data para tal fim nela indicada.

9. Suspensão e Reabilitação

9.1. Na falta de pagamento dos Prêmios e após o decurso do Período de Tolerância, descrito na cláusula 11 (Período de Tolerância) das condições gerais, esta cobertura ficará suspensa, conforme previsto no item 14.2 das condições gerais.

9.2. **Caso haja reabilitação do seguro, o Período de Carência descrito na cláusula 3 (Carência) destas condições especiais terá sua contagem de 90 (noventa) dias reiniciada, a partir da data da expedição da comunicação pela Seguradora quanto à decisão de aceitação.**

9.3. Caso o Segurado não solicite quaisquer das alternativas citadas no item 14.3 das condições gerais até o último dia do Período de Suspensão, a Seguradora cancelará a cobertura, pagando ao Segurado a Reserva técnica formada até o dia do cancelamento, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

10. Cessação da Cobertura

10.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 14 (Suspensão e Reabilitação do Seguro) e 16 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais do seguro, a garantia do risco a que se referem estas condições especiais cessa ainda:

a) com o pagamento do total de diárias permitidas por vigência desta cobertura, conforme item 2.2;
b) com o cancelamento ou término da cobertura básica à qual esta cobertura opcional está vinculada, respeitado o período correspondente ao Prêmio pago;
c) com a mudança da cobertura básica à qual esta cobertura opcional está vinculada para Valor Saldado ou Benefício Prolongado; ou
d) com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura opcional.

10.2. Caso o Segurado solicite o cancelamento da cobertura opcional, a Seguradora pagará a ele a Reserva técnica formada até o dia do cancelamento, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

11. Pagamento do Benefício

11.1. O pagamento de qualquer benefício decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados no item 11.2, observada a cláusula 19 (Pagamento do Benefício) das condições gerais e demais disposições do seguro.

11.2. Os documentos básicos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à Seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
b) Documento assinado pelo médico assistente do Segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
c) Documento de Identidade e CPF do Segurado, quando maior de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor de 18 (dezoito) anos;
d) Comprovante de Residência do Segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;
e) Comprovante de renda;
f) Comprovante de profissão;
g) Carteira Nacional de Habilitação (se o Segurado era o condutor na ocasião do acidente);
h) Resultado do Exame de Dosagem Alcoólica no Sangue e Laudo Toxicológico (se o Segurado era o condutor na ocasião do acidente);
i) Cópia completa do prontuário hospitalar devidamente assinado pelo médico responsável;

j) Comprovante da internação fornecida pelo Hospital/Clínica, na qual deverá constar o período e o motivo da internação;
k) Brevê de Piloto e Atestado de Navegabilidade de Aeronave (se o Segurado sofreu acidente aéreo e era ele o piloto na ocasião do acidente);
l) Carteira de Habilitação Náutica (se o Segurado sofreu acidente náutico e era ele o piloto da embarcação na ocasião do acidente);
m) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial;
n) Exames realizados que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
o) Resultado do Exame de Corpo Delito Realizado pelo IML (se tiver sido realizado); e
p) Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT (se o acidente ocorreu no local de trabalho).

11.3. O benefício será pago ao Segurado de forma única e integral.

11.4. As diárias serão pagas após a alta médica do Segurado e apresentação dos documentos/informações relacionados no item 11.2. Em caso de internações por período superior a 30 (trinta) dias, é possível o pagamento antecipado do benefício a cada 30 (trinta) dias de internação, finalizando o processo após a alta médica.

11.4.1. O Segurado ou seu Representante Legal deverá manifestar a intenção do recebimento do benefício antecipado por meio dos documentos/informações relacionados no item 11.2.

11.4.2. Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era de direito, o valor será pago de acordo com a legislação vigente.

12. Disposições Gerais

Ratificam-se as demais condições do Seguro Vida Inteira Modificado 30 que não foram alteradas por estas condições especiais.

TEMPORÁRIO
(Morte Qualquer Causa)

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL

1. Definições 175
2. Garantias 175
3. Riscos Excluídos 176
4. Capital Segurado 176
5. Vigência 177
6. Suspensão e Reabilitação 178
7. Cessação da Cobertura 179
8. Ocorrência de Sinistro 179
9. Pagamento do Benefício 179
10. Acumulação de Benefício 180
11. Disposições Gerais 180

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL

TEMPORÁRIO

(Morte Qualquer Causa)

Estas condições especiais integram o Seguro Vida Inteira Modificado 30, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

Serão utilizadas as mesmas definições do Glossário de Termos Técnicos das Condições Gerais do Seguro Vida Inteira Modificado 30.

2. Garantias

2.1. Esta cobertura opcional, desde que contratada e pago o Prêmio adicional correspondente, garante ao(s) Beneficiário(s), durante o período de vigência, o pagamento de um benefício referente ao Capital Segurado, em caso de morte do Segurado por quaisquer causas, naturais ou acidentais, ou a liberação do benefício em caso de Invalidez Permanente e Total por Acidente do Segurado, observados os Riscos Excluídos previstos contratualmente para esta cobertura.

2.2. Em caso de Invalidez Permanente e Parcial por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de pagamento de Prêmios desta cobertura, conforme previsto no subitem 2.1.2 das condições gerais, a Seguradora não cobrará os Prêmios referentes a esta cobertura.

2.3. Em caso de Invalidez Permanente e Total por Acidente do Segurado em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a vigência desta cobertura, conforme previsto no subitem 2.1.3 das condições gerais, o benefício da cobertura opcional Temporário será liberado ao Segurado e esta será cancelada.

2.4. Caso o Segurado seja considerado Doente em Estágio Terminal, conforme previsto no subitem 2.1.4 das condições gerais, a Seguradora efetuará a antecipação do pagamento, total ou parcial, do

benefício da cobertura opcional Temporário, mediante solicitação voluntária do Segurado.

2.5. **A idade mínima para contratação desta cobertura opcional é de 14 (quatorze) anos e as idades máximas são as a seguir:**

Período de Pagamento	Idade Máxima de Contratação
▶ Por 5 anos	▶ 70 anos
▶ Por 10 anos	▶ 65 anos
▶ Por 15 anos	▶ 60 anos
▶ Por 20 anos	▶ 55 anos
▶ Por 25 anos	▶ 50 anos
▶ Por 30 anos	▶ 45 anos
▶ Até 65 anos	▶ 55 anos
▶ Até 75 anos	▶ 65 anos

3. Riscos Excluídos

Serão considerados Riscos Excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 3 (Riscos Excluídos) das condições gerais deste seguro, ficando o Segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.

4. Capital Segurado

4.1. O Capital Segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará na Apólice de Seguro de Vida.

4.2. Alteração do Capital Segurado

4.2.1. O Segurado poderá solicitar, a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os Prêmios pagos em dia, a alteração do Capital Segurado desta cobertura, por meio de formulário apropriado, observada a cláusula 9 (Capital Segurado) das condições gerais.

4.2.2. Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de Capital Segurado e de Prêmio estabelecidos pela Seguradora.

4.3. Caso o Segurado solicite a redução do Capital Segurado, a Seguradora pagará a ele a Reserva técnica proporcional à redução, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a redução até o efetivo pagamento.

5. Vigência

5.1. A vigência desta cobertura será estabelecida na Apólice de Seguro de Vida e corresponderá ao período de pagamento dos Prêmios referentes a esta cobertura, conforme opções a seguir:

Período de Cobertura	Período de Pagamento
por 5 anos	por 5 anos
por 10 anos	por 10 anos
por 15 anos	por 15 anos
por 20 anos	por 20 anos
por 25 anos	por 25 anos
por 30 anos	por 30 anos

Período de Cobertura	Período de Pagamento
até 65 anos de idade	até 65 anos de idade
até 75 anos de idade	até 75 anos de idade

5.1.1. A vigência desta cobertura opcional poderá não coincidir com a vigência da cobertura básica, não podendo exceder o período de vigência desta.

5.1.2. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes.

5.2. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24h da data para tal fim nela indicada.

5.3. Não há carência para esta cobertura opcional.

6. Suspensão e Reabilitação

6.1. Na falta de pagamento dos Prêmios, após o decurso do Período de Tolerância, descrito na cláusula 11 (Período de Tolerância) das condições gerais, esta cobertura ficará suspensa, conforme previsto no item 14.2 das condições gerais.

6.2. Caso o Segurado não solicite quaisquer das alternativas citadas no item 14.3 das condições gerais até o último dia do Período de Suspensão, a Seguradora cancelará a Apólice, pagando ao Segurado a Reserva técnica formada até o dia do cancelamento, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

7. Cessação da Cobertura

7.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 14 (Suspensão e Reabilitação do Seguro) e 16 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais do seguro, a garantia do risco a que se referem estas condições especiais cessa ainda:

a) com o cancelamento ou término da cobertura básica a qual esta cobertura opcional está vinculada, respeitado o período correspondente ao Prêmio pago;
b) com o pagamento do benefício ao(s) Beneficiário(s) por morte do Segurado;
c) com o pagamento do benefício ao Segurado por Invalidez Permanente e Total por Acidente;
d) com a mudança da cobertura básica à qual esta cobertura opcional está vinculada para Valor Saldado ou Benefício Prolongado; ou
e) com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura opcional.

7.2. Caso o Segurado solicite o cancelamento desta cobertura, a Seguradora pagará a ele a Reserva técnica formada até o dia do cancelamento da cobertura, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

8. Ocorrência de Sinistro

Ocorrendo um evento coberto, este deverá ser comunicado à Seguradora pelo(s) Beneficiário(s), em formulário apropriado fornecido pela Companhia, acompanhado dos documentos previstos no item 19.4 das condições gerais.

9. Pagamento do Benefício

9.1. O pagamento de qualquer benefício decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, observada a cláusula 19 (Pagamento do Benefício) das condições gerais e demais disposições do seguro.

9.2. O benefício será pago ao Segurado de acordo com as formas estabelecidas na cláusula 20 (Opções para Recebimento do Benefício) das condições gerais.

10. Acumulação de Benefício

Na ocorrência de um dos eventos previstos nos itens 2.1 e 2.3 destas condições especiais, durante a vigência desta cobertura opcional, o benefício desta cobertura opcional se acumulará com o benefício da cobertura básica.

11. Disposições Gerais

Ratificam-se as demais condições do Seguro Vida Inteira Modificado 30 que não foram alteradas por estas condições especiais.

TEMPORÁRIO DECRESCENTE

(Morte Qualquer Causa)

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL

1. Definições 182
2. Garantias 182
3. Riscos Excluídos 183
4. Capital Segurado 183
5. Vigência 184
6. Suspensão e Reabilitação 185
7. Cessação da Cobertura 185
8. Ocorrência de Sinistro 186
9. Pagamento do Benefício 186
10. Acumulação de Benefício 187
11. Disposições Gerais 187
12. Tabela de Decréscimo do Capital Segurado 188

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA OPCIONAL
TEMPORÁRIO DECRESCENTE
(Morte Qualquer Causa)

Estas condições especiais integram o Seguro Vida Inteira Modificado 30, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

Serão utilizadas as mesmas definições do Glossário de Termos Técnicos das Condições Gerais do Seguro Vida Inteira Modificado 30, além da definição a seguir inserida:

Valor Segurado: valor para base de cálculo do benefício, correspondente ao Capital Segurado vigente, reduzido anualmente, na data de aniversário da Apólice. Tal valor deve ser estabelecido em função da vigência do seguro contratado e conforme a Tabela de Decréscimo do Capital Segurado constante destas condições especiais, respeitado o Capital Segurado mínimo estabelecido pela Seguradora.

2. Garantias

2.1. Esta cobertura, desde que contratada e pago o Prêmio adicional correspondente, garante ao(s) Beneficiário(s), durante o período de vigência, o pagamento de um benefício referente ao Valor Segurado, em caso de morte do Segurado por quaisquer causas, ou a liberação do benefício ao Segurado, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado, observados os Riscos Excluídos, previstos contratualmente para esta cobertura.

2.2. Em caso de Invalidez Permanente e Parcial por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de pagamento de Prêmios desta cobertura, conforme previsto no subitem 2.1.2 das condições gerais, a Seguradora não cobrará os Prêmios referentes a esta cobertura.

2.3. Em caso de Invalidez Permanente e Total por Acidente do Segurado em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, ocorrido

durante a vigência desta cobertura, conforme previsto no subitem 2.1.3 das condições gerais, o benefício da cobertura opcional Temporário Decrescente será liberado ao Segurado e esta será cancelada.

2.4. **A idade mínima para contratação do seguro é de 14 (quatorze) anos e as idades máximas são as a seguir:**

Período de Pagamento	Idade Máxima de Contratação
▶ Por 10 anos	▶ 65 anos
▶ Por 15 anos	▶ 60 anos
▶ Por 20 anos	▶ 55 anos
▶ Por 25 anos	▶ 50 anos
▶ Por 30 anos	▶ 45 anos

3. Riscos Excluídos

Serão considerados Riscos Excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 3 (Riscos Excluídos) das condições gerais deste seguro, ficando o Segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.

4. Capital Segurado

4.1. O Capital Segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará na Apólice de Seguro de Vida.

4.2. O Valor Segurado será um percentual do Capital Segurado vigente à época, de acordo com a vigência do seguro contratado e conforme a Tabela de Decréscimo do Capital Segurado constante destas condições especiais.

4.3. Alteração do Capital Segurado

4.3.1. O Segurado poderá solicitar, a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os Prêmios pagos em dia, a alteração do Capital Segurado desta cobertura, observada a cláusula 9 (Capital Segurado) das condições gerais.

4.3.2. Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os valores mínimos e máximos de Capital Segurado e de Prêmio estabelecidos pela Seguradora.

4.4. Caso o Segurado solicite a redução do Capital Segurado, a Seguradora pagará a ele a Reserva técnica proporcional à redução, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a redução até o efetivo pagamento.

5. Vigência

5.1. A vigência desta cobertura será estabelecida na Apólice de Seguro de Vida e corresponderá ao período de pagamento dos Prêmios referentes a esta cobertura, conforme opções a seguir:

Período de Cobertura	Período de Pagamento
por 10 anos	por 10 anos
por 15 anos	por 15 anos
por 20 anos	por 20 anos
por 25 anos	por 25 anos
por 30 anos	por 30 anos

5.1.1. A vigência desta cobertura opcional poderá não coincidir com a vigência da cobertura básica, não podendo exceder o período de vigência desta.

5.1.2. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes.

5.2. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24h da data para tal fim nela indicada.

5.3. Não há carência para esta cobertura opcional.

5.4. Esta cobertura cessará automaticamente ao final do período de vigência contratado.

6. Suspensão e Reabilitação

6.1. Na falta de pagamento dos Prêmios, após o decurso do Período de Tolerância, descrito na cláusula 11 (Período de Tolerância) das condições gerais, esta cobertura ficará suspensa, conforme previsto no item 14.2 das condições gerais.

6.2. Caso o Segurado não solicite quaisquer das alternativas citadas no item 14.3 das condições gerais até o último dia do Período de Suspensão, a Seguradora cancelará a Apólice, pagando ao Segurado a Reserva técnica formada até o dia do cancelamento, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

7. Cessação da Cobertura

7.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 14 (Suspensão e Reabilitação do Seguro) e 16 (Cancelamento do Seguro) das condições gerais do seguro, a garantia do risco a que se referem estas condições especiais cessa ainda:

a) com o cancelamento ou término da cobertura básica a qual esta cobertura opcional está vinculada, respeitado o período correspondente ao Prêmio pago;
b) com o pagamento do benefício ao(s) Beneficiário(s) por morte do Segurado;
c) com o pagamento do benefício ao Segurado por Invalidez Permanente e Total por Acidente;
d) com a mudança da cobertura básica à qual esta cobertura opcional está vinculada para Valor Saldado ou Benefício Prolongado; ou
e) com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura opcional.

7.2. Caso o Segurado solicite o cancelamento da cobertura opcional, a Seguradora pagará a ele a Reserva técnica formada até o dia do cancelamento da cobertura, devidamente atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde o cancelamento até o efetivo pagamento.

8. Ocorrência de Sinistro

Ocorrendo um evento coberto, este deverá ser comunicado à Seguradora pelo(s) Beneficiário(s), em formulário apropriado fornecido pela Companhia, acompanhado dos documentos previstos no item 19.4 das condições gerais.

9. Pagamento do Benefício

9.1. O pagamento de qualquer benefício decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados, observada a cláusula 19 (Pagamento do Benefício) das condições gerais e demais disposições do seguro.

9.2. O benefício será pago ao Segurado de acordo com as formas estabelecidas na cláusula 20 (Opções para Recebimento do Benefício) das condições gerais.

10. Acumulação de Benefício

Na ocorrência de um dos eventos previstos nos itens 2.1 e 2.3 destas condições especiais, durante a vigência desta cobertura opcional, o benefício desta cobertura opcional se acumulará com o benefício da cobertura básica.

11. Disposições Gerais

Ratificam-se as demais condições do Seguro Vida Inteira Modificado 30 que não foram alteradas por estas condições especiais.

12. Tabela de Decréscimo do Capital Segurado

De acordo com o período de vigência contratado, o Valor Segurado será o percentual do Capital Segurado vigente à época, conforme a seguir:

Ano de Vigência da Apólice	Período de Vigência				
	10 anos	15 anos	20 anos	25 anos	30 anos
1	100%	100%	100%	100%	100%
2	90%	93%	95%	96%	97%
3	80%	87%	90%	92%	93%
4	70%	80%	85%	88%	90%
5	60%	73%	80%	84%	87%
6	50%	67%	75%	80%	83%
7	40%	60%	70%	76%	80%
8	30%	53%	65%	72%	77%
9	20%	47%	60%	68%	73%
10	20%	40%	55%	64%	70%
11		33%	50%	60%	67%
12		27%	45%	56%	63%
13		20%	40%	52%	60%
14		20%	35%	48%	57%
15		20%	30%	44%	53%
16			25%	40%	50%
17			20%	36%	47%
18			20%	32%	43%
19			20%	28%	40%
20			20%	24%	37%
21				20%	33%
22				20%	30%
23				20%	27%
24				20%	23%
25				20%	20%
26					20%
27					20%
28					20%
29					20%
30					20%

Prudential

www.prudentialdobrasil.com.br

/prudentialdobrasil

/prudentialdobrasil

/company/prudentialdobrasil

Prudential do Brasil

Prudential Responde
3003 7783 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 200 7783 (Demais Localidades)

Ouvidoria
0800 200 0110
0800 024 0025 (Pessoas com Deficiência Auditiva e/ou de Fala)

SAC
0800 282 5907
0800 024 0025 (Pessoas com Deficiência Auditiva e/ou de Fala)

Cód4319 V2 Out21