

Condições Gerais

Allianz

Vida Individual

Maio/2024

Parabéns! Você acaba de adquirir o **Allianz Vida Individual**, um seguro completo desenvolvido especialmente para atender às suas necessidades.

E esta segurança é garantida pela **Allianz**, um dos maiores grupos seguradores do mundo com aproximadamente 80 milhões de clientes espalhados em mais de 70 diferentes países.

Neste manual, apresentamos as Condições Gerais que regem o seu seguro e todas as vantagens e serviços oferecidos, além dos procedimentos em caso de sinistro e um pequeno glossário contendo termos técnicos que o auxiliarão em sua leitura.

Por tudo isso, com o **Allianz Vida Individual** você pode estar certo de ter contratado um dos melhores seguros do mercado.

Para mais informações, ligue para a **Linha Direta Allianz**:

4090 1110 (Capitais e regiões metropolitanas)

0800 7777 243 (Outras localidades)

Assistência 24 horas:

08000 055 1640

Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) – 24 horas:

08000 115 215

08000 121 239 (Exclusivo para portadores de limitação auditiva e de fala)

Ouvidoria:

0800 771 3313

Se preferir, acesse **www.allianz.com.br**.

Índice

1. OBJETIVO DO SEGURO	4
2. DEFINIÇÕES	4
3. COBERTURAS	9
4. DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS	9
5. RISCOS EXCLUÍDOS	21
6. PRAZO DE CARÊNCIA	23
7. FRANQUIA	23
8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS	24
9. DATA DO EVENTO	24
10. BENEFICIÁRIOS	24
11. ACEITAÇÃO DO SEGURO	25
12. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	25
13. VIGÊNCIA DA APÓLICE	26
14. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA	27
15. ALTERAÇÕES DO RISCO	27
16. CANCELAMENTO DO SEGURO	27
17. RENOVAÇÃO DE SEGURO	28
18. PRÊMIO	28
19. REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS	30
20. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	31
21. ATUALIZAÇÃO DE VALORES	31
22. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO EM RAZÃO IDADE	31
23. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	33
24. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	34
25. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	35
26. RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIROS	37
27. PRESCRIÇÃO	38
28. DISPOSIÇÕES FINAIS	38
29. FORO	38
30. CLÁUSULA DE EXCLUSÃO POR EMBARGOS E SANÇÕES	38

CONDIÇÕES GERAIS ALLIANZ VIDA INDIVIDUAL

1. OBJETIVO DO SEGURO

Garantir ao segurado ou a seus beneficiários o pagamento de uma importância em dinheiro, limitado ao valor do Capital segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes no clausulado abaixo e desde que contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente pessoal

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

Incluem-se, ainda, nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que serão equiparados, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou da influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e,
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causada exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

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

2.2. Aditivo Ou Endosso

É o documento expedido pela Seguradora durante a vigência da apólice, por meio da qual Seguradora e Segurado acordam alteração de dados, modificam condições ou objeto da apólice. Após a sua emissão passa a ser parte integrante da apólice.

2.3. Agravamento do risco

É uma circunstância que após a contratação do seguro, aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do segurado.

2.4. Alienação Mental

Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

2.5. Apólice de seguro

É o Contrato de Seguro firmado entre a Seguradora e o Segurado emitido pela Seguradora que discrimina o bem ou interesse Segurado, suas coberturas e garantias contratadas. Os direitos e deveres das partes contratantes constam no Manual do Segurado, este que é parte integrante da apólice.

2.6. Beneficiários

São as pessoas físicas ou jurídicas, designadas pelo segurado principal, para receber o valor do capital segurado, na hipótese de sua morte, desde que, devidamente coberta. Nas demais coberturas que não envolvam a morte do segurado, o beneficiário será o próprio segurado principal.

2.7. Capital segurado

É a importância máxima estabelecida para determinada Cobertura, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto por este Seguro. O valor do Capital segurado será pactuado na Proposta de Contratação.

2.8. Carência

É o período de tempo ininterrupto, contado da data de início de vigência individual do seguro, do aumento do capital ou da recondução depois de suspenso, durante o qual o Segurado ou os Beneficiários permanecem no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo no pagamento do prêmio. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as coberturas ou algumas delas.

2.9. Carregamento

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

2.10. Coberturas de risco

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

2.11. Condições Contratuais

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

2.12. Condições gerais

É o instrumento jurídico que disciplina direitos e obrigações das partes contratantes e características gerais do seguro e comuns a todas as coberturas da Apólice de seguro.

2.13. Corretor

Corretor de Seguros: Intermediário – Pessoa física ou jurídica devidamente habilitada e registrada na SUSEP e legalmente autorizado a representar os Segurados, angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. Na forma do Decreto Lei nº 73/66 e da Lei 4.594/64, o corretor é o representante do segurado, sendo responsável pela orientação acerca das coberturas, direitos e obrigações constantes no Contrato de Seguro.

2.14. Deambular

Ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

2.15. Declaração Médica

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

2.16. Doença do Trabalho

Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

2.17. Doença em Estágio Terminal

Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

2.18. Doença Profissional

Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

2.19. Doenças e lesões preexistentes

São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas pelo segurado principal antes da contratação do seguro, **e que seja de seu prévio conhecimento** e não declaradas na proposta de contratação do seguro.

2.20. Dolo

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

2.21. Existência Independente

É a aptidão física e mental para exercer, **sem assistência:** I) as atividades da vida diária (funções autonômicas), tais como: vestir-se, desempenhar atos de higiene íntima e de asseio pessoal, bem como manter a auto-suficiência alimentar, com condições de suprir as necessidades do preparo, serviço, consumo e ingestão dos alimentos; II) as atividades da vida civil, com capacidade de compreensão e de comunicação.

2.22. Evento coberto

É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido com o segurado durante a vigência da apólice e não excluído das condições gerais do contrato de seguro, capaz de, observado os limites e condições da apólice, acarretar obrigações pecuniárias à Allianz Seguros em favor do segurado ou de seus Beneficiários.

2.23. Franquia

É o valor ou percentual definido na apólice, pelo qual o segurado assume a responsabilidade como segurador de si mesmo, em caso de sinistro coberto, representa a parte do prejuízo apurado que deixará de ser pago pela Seguradora.

2.24. Garantias

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

2.25. Indenização

É o valor ou percentual definido na apólice, a ser pago pela Allianz Seguros na ocorrência de sinistro **coberto** durante a vigência individual do seguro.

2.26. Médico

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que presta informações a respeito da saúde do Segurado. **Não será aceito como médico o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

2.27. Nota técnica atuarial

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

2.28. Plano de coberturas

É o conjunto de coberturas contratado pelo segurado, indicado na proposta de contratação aceita pela Allianz Seguros.

2.29. Prêmio

É a importância paga pelo Segurado à Seguradora para que esta assumo o risco a que o Segurado está exposto.

2.30 Prescrição

Prazo máximo, previsto em lei, que o Segurado ou os Beneficiários possuem para requerer a pretensão de seus direitos junto a Seguradora, sob pena de perda do direito da indenização.

2.31. Proponente

Pessoa física ou jurídica que se dispõe a contratar o seguro e que para tanto preenche e assina a Proposta de Seguro.

2.32. Proposta de contratação

É o formulário fornecido pela Allianz Seguros pelo qual o proponente manifesta a sua vontade em contratar o seguro tendo pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas condições gerais. Na proposta de contratação de Seguro deverão ser prestadas todas as informações solicitadas que permitirão à Allianz Seguros avaliar as condições de aceitação ou recusa do seguro.

2.33. Regime financeiro de repartição simples

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

2.34. Seguradora

Pessoa jurídica legalmente constituída e autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil como tal e que, mediante recebimento do Prêmio, se obriga a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou coisa, contra riscos predeterminados.

2.35. Segurado

São as pessoas físicas regularmente incluídas e aceitas no seguro.

2.36. Sinistro

Ocorrência de um acontecimento súbito, imprevisto e involuntário que cause prejuízo ao Segurado e passível de cobertura e indenização desde que previsto no contrato de seguro.

2.37. Vigência

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

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas deste seguro dividem-se em básica e adicionais:

Cobertura básica:

- **MORTE**

Coberturas adicionais:

- **INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (IEA)**
- **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)**
- **INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)**
- **DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (DC)**
- **DOENÇAS GRAVES (DG): I – Doenças Graves (5 tipos de doenças)
II – Doenças Graves (14 tipos de doenças)**

3.2. O segurado deverá informar no formulário denominado “proposta de contratação”, qual o plano de coberturas que pretende contratar, sendo a básica obrigatória e as demais facultativas.

3.3. As coberturas contratadas estarão expressas na Apólice.

4. DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS

4.1. MORTE (NATURAL OU ACIDENTAL)

Garante aos beneficiários o pagamento do Capital segurado contratado para esta Cobertura, em caso de morte do segurado, seja natural, seja em decorrência diretamente de Covid-19, seja acidental, devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrentes de riscos excluídos e respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

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

4.1.2. **As indenizações pela cobertura Básica Morte e cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD não se acumulam.**

4.1.3. Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente.

4.2. IEA - INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL

Desde que contratada garante aos beneficiários o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura em caso de morte do segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto, **exceto se decorrente de riscos excluído**, sem prejuízo do pagamento do capital referente à Cobertura básica Morte, **observadas as demais cláusulas destas condições gerais e da Proposta de Contratação.**

4.2.1. As indenizações das coberturas Básica Morte e Indenização Especial por Morte Acidental se acumulam.

4.2.2. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

4.3. IPA - Invalidez permanente total ou parcial por acidente

Desde que contratada, garante ao segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela seguinte, proporcional ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, quando este ocorrer dentro do período de vigência deste Seguro, mediante comprovação por laudo médico, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exceto se decorrentes de riscos excluídos e respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

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

	Discriminação	%
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Discriminação	%
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSOS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento toraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25

	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tibioperoniais	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e, dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	• de 5 centímetros ou mais	15
	• de 4 centímetros	10
• de 3 centímetros	6	
• menos de 3 centímetros	0	

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

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

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

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

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

4.3.6. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente.

4.3.7. A invalidez permanente total ou parcial por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Allianz Seguros reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso haja recusa por parte do segurado.

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

4.3.8. As indenizações por invalidez permanente total ou parcial por acidente não se acumulam com as coberturas de morte acidental. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, será deduzida da indenização a ser paga a importância indenizada anteriormente.

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

4.3.10. As indenizações pela cobertura Básica Morte e coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA não se acumulam.

4.3.11. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

4.4. IFPD - Invalidez funcional permanente total por doença

Desde que contratada garante ao próprio segurado o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua invalidez funcional e permanente total por doença, exceto se decorrentes de riscos excluídos e respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

4.4.1. Para fins desta Cobertura, entende-se por invalidez funcional total permanente por doença aquela que cause a perda da existência independente do segurado.

4.4.1.1. É considerada perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado.

4.4.1.2. Entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas relacionadas em pelo menos uma das alíneas abaixo, de forma total, permanente e inequivocamente independente de qualquer ajuda:

- a) levantar-se, deitar-se, deambular, higienizar-se e ser capaz de se alimentar sem ajuda de terceiros ou dispositivos/aparelhos/máquinas;
- b) manter suas funções vitais (nutrição, respiração, circulação e excreção) sem ajuda de dispositivos ou aparelhos/máquinas extra-corpóreas de substituição funcional (p. ex.: sonda enteral, respirador artificial, diálise peritoneal mantida indefinidamente, hemodiálise, colostomia definitiva);
- c) ter capacidade mental para gerir seus próprios negócios e bens, sem ajuda de terceiros.

4.4.1.3. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

4.4.2. A invalidez funcional permanente total por doença deverá ser comprovada mediante apresentação à seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Allianz Seguros reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso haja recusa por parte do segurado.

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

4.4.3. Ocorrendo a invalidez funcional total e permanente por doença, poderá o segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a Invalidez Funcional total e Permanente por Doença devidamente coberta, imediata e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do capital segurado.

4.4.3.1. Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a invalidez funcional total e permanente por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas destas condições gerais, sem qualquer devolução de prêmios.

4.4.3.2. Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao (s) beneficiário (s) indicado (s).

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

4.4.5. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

4.5. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

4.5.1. Desde que contratada, garante ao segurado, o pagamento correspondente ao Capital contratado para esta cobertura, limitado ao valor constante da Proposta de Contratação, caso o segurado venha a apresentar, **após vencida a carência obrigatória**, diagnóstico definitivo de qualquer das doenças neoplásicas cobertas, exceto se decorrentes de riscos excluídos e respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e da Proposta de Contratação.

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

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

SEGURADOS DO SEXO FEMININO:

- Câncer de colo do útero;
- Câncer do ovário;
- Câncer de mama.

SEGURADOS DO SEXO MASCULINO:

- Câncer de próstata.

4.5.3. Estão excluídos desta cobertura:

a) carcinoma “in situ” de colo de útero.

Além do subitem acima também estão excluídas desta cobertura todas as patologias não mencionadas no subitem 4.5.2.

4.5.4. Carência: Nesta cobertura há uma carência por um período de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir do início da vigência individual do seguro, ou da sua recondução caso tenha sido suspensa a Cobertura, período no qual o Segurado não terá direito a qualquer indenização caso venha a apresentar diagnóstico definitivo de qualquer das doenças neoplásicas cobertas, embora obrigado ao pagamento dos prêmios respectivos.

4.5.5. Também não terá direito a qualquer indenização referente a esta cobertura caso o segurado apresente, durante o período de carência a que se refere o subitem anterior (4.5.4), qualquer manifestação das doenças neoplásicas cobertas, ainda que a mesma só venha a ser diagnosticada como câncer depois de ocorrido o prazo de carência.

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

4.5.7. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

4.6. DOENÇAS GRAVES

4.6.1. Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o **pagamento correspondente do Capital Segurado** contratado caso o Segurado venha a apresentar, **depois de vencida a carência**, diagnóstico definitivo comprovado por Médicos Especializados e Habilitados e exames complementares, de uma das doenças cobertas deste seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições gerais e da Proposta de Contratação.**

4.6.2. Para as doenças descritas no item 4.6.6, só terão direito ao Capital Segurado os Segurados que se encontrarem em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.

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

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

4.6.5. A cobertura de Doenças Graves cessará quando o segurado completar 71 (setenta e um) anos de idade. O ajuste no plano de coberturas ocorrerá na atualização anual do seguro, permanecendo o segurado com os direitos preservados até o final de vigência da apólice, excluindo a cobertura de Doenças Graves.

4.6.6. Para fins desta cobertura, poderão caracterizar **Doenças Graves**, exclusivamente, as patologias mencionadas nas condições abaixo especificadas, sendo necessário que o seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na

literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

4.6.6.1. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

I – Doenças Graves (5 tipos de doenças)

4.6.7. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

4.6.7.1. Conceito: Diagnóstico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista. Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

4.6.7.2. Coberto exclusivamente: Os Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo e que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

4.6.7.3. Riscos excluídos:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- c) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- d) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual;
- e) Qualquer neoplasia benigna;
- f) Carcinoma microinvasivo da mama;
- g) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
- h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

4.6.8. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

4.6.8.1. Conceito: Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos).

4.6.8.2. Coberto exclusivamente: Acidente vascular cerebral que produza alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

4.6.8.3. Riscos excluídos: Ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro.

4.6.9. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

4.6.9.1. Conceito: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares.

4.6.9.2. Coberto exclusivamente: O Infarto Agudo do Miocárdio, desde que haja tratamento com angioplastia ou revascularização do miocárdio.

4.6.10. TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

4.6.10.1. Conceito: É a transferência do órgão de um indivíduo doador para implantá-lo no segurado receptor.

4.6.10.2. Coberto exclusivamente: Os transplantes de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A caracterização da cobertura será mediante a indicação de transplante feita por médico especialista na doença em questão.

4.6.10.3. Riscos excluídos: Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem **4.6.10.2.**

4.6.11. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

4.6.11.1. Conceito: É estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins.

4.6.11.2. Coberto exclusivamente: As doenças renais tratadas com diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

4.6.11.3. Riscos Excluídos: Doenças renais que não necessitem de tratamento com diálise ou hemodiálise

II – Doenças Graves (14 tipos de doenças)

4.6.12. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

4.6.12.1. Conceito: Diagnóstico definitivo confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista. Câncer é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos).

4.6.12.2. Coberto exclusivamente: Os Linfomas, Sarcomas, Leucemias e demais neoplasias malignas de caráter invasivo e que necessitem de tratamento com quimioterapia, radioterapia ou tratamentos paliativos.

4.6.12.3. Riscos excluídos:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- c) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- d) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual;
- e) Qualquer neoplasia benigna;
- f) Carcinoma microinvasivo da mama;
- g) Carcinoma microinvasivo do útero e do colo uterino;
- h) Câncer de Pele (exceto o Melanoma).

4.6.13. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

4.6.13.1. Conceito: Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos).

4.6.13.2. Coberto exclusivamente: Acidente vascular cerebral que produza alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

4.6.13.3. Riscos Excluídos:

Ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro.

4.6.14. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

4.6.14.1. Conceito: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares.

4.6.14.2. Coberto exclusivamente: O Infarto Agudo do Miocárdio, desde que haja tratamento com angioplastia ou revascularização do miocárdio.

4.6.15. TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

4.6.15.1. Conceito: É a transferência do órgão de um indivíduo doador para implantá-lo no segurado receptor.

4.6.15.2. Coberto exclusivamente: Os transplantes de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A caracterização da cobertura será mediante a indicação de transplante feita por médico especialista na doença em questão.

4.6.15.3. Riscos Excluídos: Qualquer autotransplante e demais órgãos ou células, além dos riscos cobertos citados no subitem **4.6.15.2**.

4.6.16. ALZHEIMER

4.6.16.1. Conceito: Doença neurológica caracterizada por ser progressiva e levar à perda das funções cognitivas cerebrais (demência)

4.6.16.2. Coberto exclusivamente: Os quadros demenciais devidamente comprovados por meio de laudo emitido por médico especialista.

4.6.17. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

4.6.17.1. Conceito: É estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins.

4.6.17.2. Coberto exclusivamente: As doenças renais tratadas com diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

4.6.17.3. Riscos Excluídos: Doenças renais que não necessitem de tratamento com diálise ou hemodiálise

4.6.18. DIAGNÓSTICO DE SURDEZ

4.6.18.1. Conceito: É a perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos

4.6.18.2. Coberto exclusivamente: Diagnóstico de surdez devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

4.6.19. CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA COM IMPLANTE DE PONTE(S) VASCULAR(ES) NAS ARTÉRIAS CORONÁRIAS (BYPASS)

4.6.19.1. Conceito: É a 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).

4.6.19.2. Coberto exclusivamente: As cirurgias tratadas com toracotomia.

4.6.19.3. Riscos Excluídos: Angioplastias, outros procedimentos intra-arteriais e cirurgia por toracotomia mínima.

4.6.20. DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA

4.6.20.1. Conceito: É a ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus no melhor olho.

4.6.20.2. Coberto exclusivamente: Diagnóstico de Cegueira devidamente comprovado com exames específicos e laudos médicos complementares.

4.6.21. EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO (TEP)

4.6.21.1. Conceito: É o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões.

4.6.21.2. Coberto exclusivamente: Embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.

4.6.21.3. Riscos Excluídos: Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a embolia pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice em decorrência pré-existente.

4.6.22. ESCLEROSE MÚTIPLA

4.6.22.1. Conceito: Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses.

4.6.22.2. Coberto exclusivamente: Esclerose múltipla devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

4.6.22.3. Riscos Excluídos: Doença na fase inicial ou que esteja em remissão (sem sintomas).

4.6.23. PARALISIA DE MEMBROS

4.6.23.1. Conceito: Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia, triplegia, tetraplegia), como resultado de acidente ou doença.

4.6.23.2. Coberto exclusivamente: Paralisia de membros devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares.

4.6.23.3. Riscos Excluídos: Eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

4.6.24. DOENÇA DE PARKINSON

4.6.24.1. Conceito: Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários).

4.6.24.2. Coberto exclusivamente: Doença de Parkinson devidamente comprovada com exames específicos e laudos médicos complementares, sendo diagnosticadas alterações motoras, sintomas de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

4.6.24.3. Riscos Excluídos: Fase inicial da Doença de Parkinson

4.6.25. PERDA TOTAL DA FALA

4.6.25.1. Conceito: Perda total e irreversível da capacidade de falar causada por Acidente Pessoal coberto ou doença que afete diretamente a laringe ou os seus nervos, comprometendo a função das pregas vocais estabelecida por um período contínuo de 6 (seis) meses.

Por perda total, entende-se a incapacidade de compreensão da maior parte das palavras emitidas (por exemplo: voz muito rouca, voz com volume irregular, fala arrastada, ritmo irregular ou anormal da fala).

4.6.25.2. Coberto Exclusivamente: Por perda irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 180 dias após a data do diagnóstico.

4.6.25.3. Riscos Excluídos: Perda da capacidade de falar psicogênica / psiquiátrica ou decorrente de lesões ou doenças no sistema nervoso central.

Mudança de tom, na produção e na qualidade da voz (disfonia ou rouquidão).

Perdas temporárias da voz.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (otorrinolaringologista ou cirurgião de cabeça e pescoço) e embasado por exames especializados.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DO PRESENTE SEGURO, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:

a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes, armas atômicas, armas biológicas, armas químicas e substâncias e/ou agentes biológicos e químicos;

b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, tumulto, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou de outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) De doenças ou lesões preexistentes à data do início de vigência individual, não declaradas na Proposta de Contratação e que sejam de conhecimento do Segurado Individual e/ou Subestipulante;

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

e) De suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;

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

f) De danos causados por atos ilícitos, dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

g) Da prática, pelo segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;

h) Epidemias e pandemias, salvo no caso de morte decorrente diretamente de Covid-19, bem como envenenamento de caráter coletivo, assim declarado por órgão competente.

5.1.2. Com exceção da cobertura Básica-Morte, estão excluídos das demais coberturas os seguintes riscos:

- a) As doenças (inclusive as profissionais), quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;**
- b) As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) Não estão cobertas as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal.**

5.2. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1, estão expressamente excluídos das coberturas de Indenização Especial por Morte Acidental e de Invalidez Permanente por Acidente:

- a) Acidente vascular cerebral;**
- b) Doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**
- c) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente;**
- d) Competições ilegais em veículos automotores;**
- e) Lesão intencionalmente auto-infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero.**

5.3. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1., estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente total por Doença – IFPD, também estão excluídos desta garantia, ainda que, redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) A perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais em decorrência direta ou indiretamente de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);**

c) As doenças agravadas por traumatismos;

5.4. Também estão expressamente excluídos de todas as coberturas do presente seguro desde que sua causa não decorra de acidentes cobertos:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
- b) parto ou aborto e suas consequências;
- c) choque anafilático e suas consequências.

6. PRAZO DE CARÊNCIA

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

6.1. Básica (Morte): para eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos contados da data de adesão individual ao seguro. **O prazo de carência para Cobertura por Morte fixado nesta Clausula 6.1 fica reduzido para 90 (noventa) dias exclusivamente no caso do sinistro decorrente diretamente de COVID-19.**

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

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

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

6.5. Diagnóstico de câncer: para eventos decorrentes desta cobertura haverá carência **de 120 (cento e vinte) dias** contatos a partir do início de vigência.

6.6. Doenças Graves:

- **Diagnóstico de Câncer:** 120 (cento e vinte) dias, a partir da data de início de vigência
- **Demais coberturas:** 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência

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

6.8. O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não poderá exceder metade do prazo de vigência.

7. FRANQUIA

Considera-se franquias a serem aplicadas a cada cobertura:

- **Básica (Morte)** : Não haverá franquia
- **Indenização especial por acidente (IEA)**: Não haverá franquia
- **Invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA)** Não haverá franquia
- **Invalidez funcional permanente total por doença (IFPD)**: Não haverá franquia
- **Diagnóstico de câncer (DC)**: Não haverá franquia
- **Doenças Graves**: 30 (trinta) dias, contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o segurado for submetido a cirurgia coberta e após cumprido o período de carência.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

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

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

9. DATA DO EVENTO

9.1. Considera-se como data do evento para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação de sinistros:

- Cobertura Básica (morte): a data do falecimento.
- Cobertura de Indenização Especial por morte Acidental: a data do acidente.
- Cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente: a data do acidente.
- Cobertura de invalidez funcional permanente total por doença: a data em que a invalidez restou caracterizada através de declaração médica idônea aceita pela seguradora.
- Cobertura de diagnóstico de câncer: a data do diagnóstico de doença neoplásica coberta.
- Doenças Graves: a data em que a doença foi diagnosticada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora, confirmado por exames.

10. BENEFICIÁRIOS

10.1. Os beneficiários do seguro para a cobertura básica (morte) e Cobertura adicional de Indenização Especial por morte Acidental do segurado serão aqueles designados na proposta de contratação.

10.1.1. O segurado poderá livremente e a qualquer tempo, por escrito, indicar ou alterar os seus beneficiários, mediante aviso escrito à Allianz Seguros.

10.1.2. Será considerado em caso de sinistro qualquer alteração de beneficiários que seja de conhecimento da Allianz Seguros até o momento do pagamento da indenização. Caso o segurado não de ciência à Allianz Seguros da substituição de

seu(s) beneficiário(s) na forma prevista nos subitens acima, a Allianz Seguros pagará a indenização segundo a indicação anterior.

10.2. Não havendo beneficiário indicado na ocasião do falecimento do segurado, o Capital segurado será pago na forma da Lei (artigo 792 do Código Civil).

a) metade ao cônjuge não separado judicialmente; metade aos herdeiros do segurado obedecida a ordem de vocação hereditária.

b) na falta das pessoas indicadas acima, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou de meios necessários à sua subsistência.

10.3. No caso das coberturas de invalidez permanente total ou parcial por acidente, invalidez funcional permanente total por doença, diagnóstico de câncer e doenças graves previstas nestas condições gerais, o beneficiário será sempre o próprio segurado.

10.4. Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

11. ACEITAÇÃO DO SEGURO

11.1. A proposta de contratação, assinada obrigatoriamente pelo segurado, deverá ser entregue à Allianz Seguros pessoalmente e ou eletronicamente.

11.2. As condições gerais completas deste seguro deverão estar à disposição do segurado, quando da apresentação da proposta de contratação.

12. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

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

12.2. O limite de idade será deste seguro será de no mínimo **14 (quatorze)** e no máximo **70 (setenta)** anos de idade para contratação.

12.3. A inclusão dos proponentes é feita mediante entrega à seguradora de proposta de contratação totalmente preenchida e assinada, pessoalmente ou eletronicamente.

12.3.1. Os proponentes com idade inferior a 16 (dezesseis) anos deverão ser representados pelos pais ou responsáveis legais, ou, assistidos por eles se contarem com mais de 16 (dezesseis) anos e menos de 18 (dezoito) anos, exceto, nesta última hipótese, se o proponente com mais de 16 (dezesseis) anos e menos de 18 (dezoito) anos tiver sido emancipado na forma da legislação vigente do Código Civil.

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

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

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

12.3.4. No caso da não aceitação da Proposta de Contratação por parte da Seguradora neste prazo, o valor do prêmio eventualmente pago será integralmente devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias, atualizado pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas) ou na falta deste IPC/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto Brasileiro de geografia e Estatísticas) contados da formalização integralmente ou deduzidos da parcela pró-rata temporis, correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

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

12.3.6. O efetivo recebimento do valor do prêmio pela Allianz Seguros não implica na aceitação da proposta, devendo-se observar o disposto no subitem **12.3.3** destas condições gerais.

13. VIGÊNCIA DA APÓLICE

13.1. A Apólice vigorará pelo prazo **de 5 (cinco) anos**, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o segurado ou a Allianz Seguros manifestarem-se sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nestas condições gerais.

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

13.2.1. As propostas de contratação recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas condições contratuais e da proposta de contratação.

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

13.3. O pagamento do prêmio deverá ser efetivado conforme estabelecido na proposta de contratação, podendo ter periodicidades mensais, bimestrais,

trimestrais, quadrimestrais, semestrais ou anuais, garantindo ao segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas

14. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

14.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo. As alterações serão ratificadas, através de endosso junto à apólice em vigor, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

15. ALTERAÇÕES DO RISCO

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

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

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

15.1.3. A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência, pela Allianz Seguros, sob alegação de alteração da natureza do risco.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1. Este seguro será cancelado, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade, no caso de:

- a) Fraude ou tentativa de fraude por parte do Segurado, simulando ou provocando sinistro ou ainda agravando suas consequências, para obter indenização indevida ou dificultar sua elucidação. Nesta hipótese, a seguradora reterá além dos emolumentos, o prêmio vencido, independentemente da forma de pagamento à vista ou parcelada.

16.2. O contrato de seguro poderá ser rescindido, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes ou nos seguintes casos:

- a) por solicitação formal do segurado, mediante comunicação por escrito, **com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;**
- b) quando o segurado deixar de pagar o prêmio mensal, observado o disposto no subitem **18**, destas condições gerais;
- c) com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional referido no subitem **18.8** sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio;

- d) com a morte, invalidez permanente total por acidente e invalidez funcional permanente total por doença do segurado;
- e) automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do segurado, seus dependentes, beneficiários ou prepostos;
- f) com o final de sua vigência, sem renovação.

16.3. No caso de cancelamento total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições.

- a) a sociedade seguradora reter o prêmio recebido, além dos emulmentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- b) Adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de cancelamento a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto.

17. RENOVAÇÃO DE SEGURO

17.1 O seguro permanecerá vigente enquanto o Segurado mantiver os pagamentos dos prêmios em dia, observado o disposto no prazo de tolerância, sendo a apólice prorrogada sem a necessidade de nova avaliação das condições de saúde e atividade para permanência no seguro, resguardando ao Segurado o direito de solicitação do cancelamento do seguro a qualquer tempo e sem qualquer ônus.

18. PRÊMIO

18.1. A data limite para o pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da apólice de seguro, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação e dos aditivos ou endosso dos quais resulte aumento de prêmio.

18.2. A data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma das parcelas é o dia de vencimento estipulado no documento de cobrança. Quando a data limite vencer no dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente de funcionamento do sistema bancário.

18.3. A seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado ou ao seu representante legal, ou, ainda, ao corretor de seguros. Caso o segurado não receba o documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá requerer o documento de cobrança para quitação do prêmio vencido à Allianz Seguros, sem qualquer ônus.

18.3.1. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

18.4. Fica vedada a cobrança ao segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

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

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

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

18.8. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada no mínimo a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL	RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

18.8.1. Em caso de falta de pagamento do prêmio, seja à vista ou da parcela até a data de vencimento prevista no boleto de cobrança, fica facultado à seguradora conceder ou não uma nova data limite para regularização do pagamento do prêmio. Neste caso, o segurado deverá respeitar o prazo máximo para pagamento, mesmo que a data seja em dia não útil, pois, em caso de não pagamento ocorrerá o cancelamento com a aplicação da tabela de prazo curto, conforme subitem **18.8.** das Condições Gerais.

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

18.8.3. Para percentuais não previstos no **subitem 18.8**, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

18.8.4. A Seguradora deverá informar ao Segurado por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme **subitem 18.8** acima.

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

18.8.6. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no **subitem 18.8** sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, a Seguradora, operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

18.8.7. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora, suspenderá sua vigência.

18.8.8. O disposto no **subitem 18.8** e seus sub-itens não se aplicam aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

18.9. Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário.

19. REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS

19.1. No caso de não pagamento de prêmios mensais, bimestrais, trimestrais, quadrimestrais, semestrais ou anuais, O seguro poderá ser reabilitado, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento das parcelas limitado a 60 (sessenta) dias.

19.2. Durante o período de inadimplência, a cobertura do seguro será mantida com consequente cobrança do prêmio acrescido de juros, atualização monetária e multa moratória, e, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) Beneficiário(s).

19.3. O seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, na eventualidade da falta de quitação de qualquer parcela por prazo igual ou superior a 60 (sessenta) dias, não podendo ser restabelecido. Havendo interesse, deverá ser contratado um novo seguro com fiel observância de todos os prêmios requisitos da aceitação, disposto no item 11 destas Condições Gerais, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento.

19.4. A Sociedade Seguradora enviará correspondência ao Segurado, **até 10 (dez)** dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato. Esta correspondência funciona como notificação para o cumprimento da contraprestação do contrato (pagamento do prêmio), sob pena da aplicação do disposto no **subitem 19.3** destas Condições Gerais.

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

20. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

20.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais, o Segurado, sob pena de perder o direito a qualquer indenização, bem como ao prêmio vencido e para não promover o cancelamento do seguro, deverá:

- a) Pagar os Prêmios até a data dos respectivos vencimentos;
- b) Prestar, no ato da contratação e durante toda a vigência do seguro, declarações verdadeiras e completas à Seguradora.
- c) Comunicar quaisquer alterações, de hábitos ou profissão, ocorridas durante a vigência do Certificado Individual, que impliquem em circunstâncias que alterem a natureza dos riscos cobertos para a devida análise e ajustes necessários. São consideradas alterações de risco, exemplificativamente, a mudança de atividade profissional, a mudança de residência para outro país e a prática de esportes radicais.

21. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

21.1. O Capital Segurado e os Prêmios serão atualizados monetariamente anualmente na data do aniversário da apólice com base na variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas) ou na falta deste IPC/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), com uma defasagem de até 60 (sessenta) dias.

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

22. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO EM RAZÃO IDADE

22.1. Este seguro esta estruturado no critério tarifário por idade, independente da atualização monetária prevista na item 20 - Atualização de Valores. Os prêmios correspondentes a cada segurado serão reenquadrados anualmente, na data de aniversário da Apólice, de acordo com a mudança de idade do segurado, conforme percentuais apresentados a seguir:

22.1.1. Para a cobertura de MORTE e de INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – IFPD:

Variação de idade em anos	Ajuste %		Variação de idade em anos	Ajuste %		Variação de idade em anos	Ajuste %	
	morte	IFPD		morte	IFPD		morte	IFPD
14 - 15	2,35	2,48	46 - 47	13,08	13,14	78 - 79	9,45	9,45
15 - 16	2,53	2,61	47 - 48	13,08	12,65	79 - 80	9,46	9,46
16 - 17	2,69	2,90	48 - 49	13,08	12,09	80 - 81	9,46	9,46
17 - 18	3,06	3,00	49 - 50	13,08	11,51	81 - 82	9,46	9,46
18 - 19	3,39	3,25	50 - 51	13,08	10,98	82 - 83	9,44	9,44
19 - 20	3,48	3,48	51 - 52	13,08	10,46	83 - 84	9,42	9,42
20 - 21	3,96	3,85	52 - 53	13,08	9,98	84 - 85	9,38	9,38

21 - 22	4,00	4,01	53 - 54	13,08	9,52	85 - 86	9,34	9,34
22 - 23	4,40	4,15	54 - 55	13,08	9,12	86 - 87	9,29	9,29
23 - 24	4,56	4,42	55 - 56	13,08	8,76	87 - 88	9,23	9,23
24 - 25	4,36	4,77	56 - 57	13,08	8,43	88 - 89	9,15	9,15
25 - 26	4,50	4,95	57 - 58	13,08	8,15	89 - 90	9,07	9,07
26 - 27	4,15	5,33	58 - 59	13,08	7,91	90 - 91	8,97	8,97
27 - 28	3,99	5,54	59 - 60	13,08	7,70	91 - 92	8,86	8,86
28 - 29	3,84	5,69	60 - 61	7,71	7,71	92 - 93	8,74	8,74
29 - 30	3,83	6,02	61 - 62	7,88	7,88	93 - 94	8,61	8,61
30 - 31	3,56	6,27	62 - 63	8,06	8,06	94 - 95	8,46	8,46
31 - 32	3,56	6,47	63 - 64	8,22	8,22	95 - 96	8,30	8,30
32 - 33	3,56	6,78	64 - 65	8,38	8,38	96 - 97	8,12	8,12
33 - 34	3,91	6,92	65 - 66	8,51	8,51	97 - 98	7,92	7,92
34 - 35	4,68	7,25	66 - 67	8,64	8,64	98 - 99	7,70	7,70
35 - 36	5,56	7,40	67 - 68	8,77	8,77	99 - 100	7,47	7,47
36 - 37	6,61	7,56	68 - 69	8,88	8,88	100 - 101	7,22	7,22
37 - 38	7,95	7,84	69 - 70	8,97	8,97	101 - 102	6,95	6,95
38 - 39	9,16	8,02	70 - 71	9,06	9,06	102 - 103	6,66	6,66
39 - 40	10,28	8,17	71 - 72	9,14	9,14	103 - 104	6,34	6,34
40 - 41	13,08	9,63	72 - 73	9,21	9,21	104 - 105	6,01	6,01
41 - 42	13,08	11,76	73 - 74	9,28	9,28	105 - 106	5,66	5,66
42 - 43	13,08	13,02	74 - 75	9,33	9,33	106 - 107	5,30	5,30
43 - 44	13,08	13,66	75 - 76	9,37	9,37	107 - 108	4,91	4,91
44 - 45	13,08	13,74	76 - 77	9,41	9,41	108 - 109	34,08	34,08
45 - 46	13,08	13,54	77 - 78	9,43	9,43			

22.1.2. Para a cobertura de DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – DC anualmente a cobertura sofrerá os seguintes ajustes:

Sexo Feminino: 7,70%

Sexo Masculino: 8,63%

22.1.3. Para a cobertura de DOENÇAS GRAVES – DG, (5 tipos de doenças), anualmente a cobertura sofrerá os seguintes ajustes:

Idade	Ajuste %		Idade	Ajuste %		Idade	Ajuste %	
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino		Masculino	Feminino
14	8,14	8,36	33	8,14	8,36	52	8,14	8,36
15	8,14	8,36	34	8,14	8,36	53	8,14	8,36
16	8,14	8,36	35	8,14	8,36	54	8,14	8,36
17	8,14	8,36	36	8,14	8,36	55	8,14	8,36
18	8,14	8,36	37	8,14	8,36	56	8,14	8,36
19	8,14	8,36	38	8,14	8,36	57	8,14	8,36
20	8,14	8,36	39	8,14	8,36	58	8,14	8,36
21	8,14	8,36	40	8,14	8,36	59	8,14	8,36
22	8,14	8,36	41	8,14	8,36	60	8,14	8,36
23	8,14	8,36	42	8,14	8,36	61	8,14	8,36

24	8,14	8,36	43	8,14	8,36	62	8,14	8,36
25	8,14	8,36	44	8,14	8,36	63	8,14	8,36
26	8,14	8,36	45	8,14	8,36	64	8,14	8,36
27	8,14	8,36	46	8,14	8,36	65	8,14	8,36
28	8,14	8,36	47	8,14	8,36	66	8,14	8,36
29	8,14	8,36	48	8,14	8,36	67	8,14	8,36
30	8,14	8,36	49	8,14	8,36	68	8,14	8,36
31	8,14	8,36	50	8,14	8,36	69	8,14	8,36
32	8,14	8,36	51	8,14	8,36	70	8,14	8,36

22.1.4. Para a cobertura de DOENÇAS GRAVES – DG, (14 tipos de doenças), anualmente a cobertura sofrerá os seguintes ajustes:

Idade	Ajuste %		Idade	Ajuste %		Idade	Ajuste %	
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino		Masculino	Feminino
14	8,81	8,93	33	8,81	8,93	52	8,81	8,93
15	8,81	8,93	34	8,81	8,93	53	8,81	8,93
16	8,81	8,93	35	8,81	8,93	54	8,81	8,93
17	8,81	8,93	36	8,81	8,93	55	8,81	8,93
18	8,81	8,93	37	8,81	8,93	56	8,81	8,93
19	8,81	8,93	38	8,81	8,93	57	8,81	8,93
20	8,81	8,93	39	8,81	8,93	58	8,81	8,93
21	8,81	8,93	40	8,81	8,93	59	8,81	8,93
22	8,81	8,93	41	8,81	8,93	60	8,81	8,93
23	8,81	8,93	42	8,81	8,93	61	8,81	8,93
24	8,81	8,93	43	8,81	8,93	62	8,81	8,93
25	8,81	8,93	44	8,81	8,93	63	8,81	8,93
26	8,81	8,93	45	8,81	8,93	64	8,81	8,93
27	8,81	8,93	46	8,81	8,93	65	8,81	8,93
28	8,81	8,93	47	8,81	8,93	66	8,81	8,93
29	8,81	8,93	48	8,81	8,93	67	8,81	8,93
30	8,81	8,93	49	8,81	8,93	68	8,81	8,93
31	8,81	8,93	50	8,81	8,93	69	8,81	8,93
32	8,81	8,93	51	8,81	8,93	70	8,81	8,93

22.1.5. As coberturas de indenização especial por morte acidental – IEA e de invalidez permanente total ou parcial por acidente – IPA não sofrerão alteração devido a mudança de idade do segurado.

22.2. A Allianz Seguros reserva-se o direito de exigir, em qualquer tempo, prova satisfatória da idade do segurado.

23. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

23.1. A Allianz Seguros não pagará qualquer indenização com base no presente seguro quando haja, por parte do segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na

aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito a indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido: Se a inexatidão ou omissão da declaração não resultar de má fé do segurado, a Allianz Seguros poderá:

a) Na hipótese de não ocorrência do sinistro

- Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido ou;
- Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada;

b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido ou;
- Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

c) Na hipótese de ocorrência de sinistro com o pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, deduzindo do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

23.1.1. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

23.2. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Allianz Seguros isenta de quaisquer responsabilidades.

24. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

24.1. Prazo de pagamento da indenização

Após a entrega de toda a documentação básica relacionada nos subitens **25.1 a 25.6**, para cada cobertura reclamada, e estando caracterizado o sinistro para a cobertura do seguro, a Allianz Seguros providenciará o pagamento da indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos.

24.2. Na hipótese de recusa do pagamento da indenização, o segurado ou beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, em até 30 dias da entrega de toda documentação para avaliação do sinistro.

24.3 Atualização da indenização

Decorrido o prazo de pagamento da indenização, o capital segurado passa a ser atualizado pela variação positiva do índice IPCA/IBGE ou, na falta deste, IPC/IBGE, *pró rata* dia, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item **23.1** – Prazo de pagamento da indenização, até a data do efetivo pagamento.

24.4. Forma de pagamento da indenização

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

24.5. Juros de Mora

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

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

24.5.3. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

24.5.4. Os pagamentos de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios ocorrerão independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

25. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

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

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

25.1. Para a cobertura básica (morte):

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

Documentos dos Beneficiários:

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

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

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

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

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

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

25.2. Em caso de morte decorrente de acidente pessoal, além dos documentos referidos no subitem 24.1, providenciar:

- a) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.
- b) Cópia do laudo de exame cadavérico.
- c) Cópias do boletim de ocorrência policial.
- d) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o segurado estivesse dirigindo o veículo.

25.3. Em caso de ocorrência de invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA):

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.
- d) Cópia do CPF e do RG.
- e) Cópias do boletim de ocorrência policial.
- f) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o segurado estivesse dirigindo o veículo.
- g) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a Invalidez (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.).
- h) Original da autorização para crédito em conta.
- i) Relatório do Médico Assistente devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, grau definitivo de invalidez e se encontra em tratamento.

25.4. Em caso de invalidez funcional permanente total por doença (IFPD):

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia do CPF e do RG.
- d) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a Invalidez por Doença (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.).
- e) Original da autorização para crédito em conta.
- i) Relatório do Médico Assistente devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, grau definitivo de invalidez e se encontra em tratamento.

25.5. Em caso de diagnóstico de câncer:

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

- d) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a doença (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.)
- e) Original da autorização para crédito em conta.
- f) Relatório do Médico Assistente devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida, detalhando o diagnóstico definitivo dos sintomas.

25.6. Para a Cobertura DG – Doenças Graves

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia do CPF e do RG.
- d) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a doença (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.)
- e) Original da autorização para crédito em conta.
- f) **Documento original** :Relatório do Médico Assistente devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida, detalhando o diagnóstico definitivo dos sintomas.

Importante: (válido para todas as coberturas)

A seguradora Allianz Seguros poderá solicitar, em caso de dúvida fundamentada e justificada, outros documentos não relacionados anteriormente. Neste caso, o prazo mencionado no **subitem 23.1** das condições gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela seguradora Allianz Seguros destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

25.7. Perícia médica

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

25.8. Junta médica:

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

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

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

26. RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIROS

A Seguradora, nos termos do artigo 800 do Código Civil Brasileiro, não poderá promover ação de ressarcimento contra terceiros responsáveis por danos sofridos pelo segurado e/ou beneficiários.

27. PRESCRIÇÃO

27.1. Qualquer direito do segurado, ou do(s) beneficiário(s), com fundamento na presente seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

28. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

28.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep;

28.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

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

29. FORO

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

30. CLÁUSULA DE EXCLUSÃO POR EMBARGOS E SANÇÕES

Não obstante as demais condições desta apólice, a seguradora e/ou a resseguradora não fornecerá cobertura, não fará quaisquer tipos de pagamentos e/ou reembolso e não prestará qualquer serviço ou benefício ao segurado ou a qualquer terceiro ou beneficiário que violar ou incorrer em qualquer lei, regulamento ou imposição aplicável de embargos e sanções comerciais ou econômicas e expor a seguradora e/ou resseguradora, seu grupo econômico e administradores à qualquer tipo de ação punitiva, embargo, sanção, proibição ou restrição, incluindo mas não se limitando, àquelas impostas por entidades multilaterais integradas pelo Brasil, pelas Nações Unidas, ou por algum governo/país/federação, tais como os Estados Unidos da América, o Reino Unido, a União Europeia e o Brasil ou ainda a qualquer outra lei, regulamento ou imposição referente a embargo e sanção econômica ou comercial aplicável à jurisdição que a seguradora e/ou resseguradora estejam sujeitas.