

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL PLUS
PROCESSO SUSEP: 15414.003164/2009-41

| | |
|---|----|
| 1. CONCEITOS | 2 |
| 2. OBJETIVO DO SEGURO | 3 |
| 3. COBERTURAS DO SEGURO | 3 |
| 4. RISCOS EXCLUÍDOS | 5 |
| 5. CONTRATAÇÃO | 6 |
| 6. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS | 6 |
| 7. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS | 6 |
| 8. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO DO SEGURO E INÍCIO DA VIGÊNCIA | 7 |
| 9. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA | 7 |
| 10. PERÍODO DE TOLERÂNCIA DA COBERTURA DO SEGURO | 7 |
| 11. EXTINÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO | 7 |
| 12. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO | 8 |
| 13. OCORRÊNCIA DO SINISTRO | 8 |
| 14. FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO | 9 |
| 16. PERDA DO DIREITO AO CAPITAL SEGURADO | 9 |
| 17. MODIFICAÇÕES DE RISCO | 9 |
| 18. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO | 10 |
| 19. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS | 10 |
| 20. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA | 10 |
| 21. DO FORO | 10 |
| 22. DISPOSIÇÕES FINAIS | 10 |

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

| | |
|---|----|
| 1. CONCEITOS | 11 |
| 2. OBJETO | 11 |
| 3. COBERTURA DO SEGURO | 11 |
| 4. RISCOS EXCLUÍDOS | 11 |
| 5. FRANQUIA, CARÊNCIAS E LIMITE MÁXIMO DE DIÁRIAS | 12 |
| 6. REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE | 12 |
| 7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO | 12 |
| 8. PAGAMENTO DO SINISTRO | 13 |
| 9. DISPOSIÇÕES FINAIS | 13 |

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

| | |
|---|----|
| 1. OBJETO | 21 |
| 2. COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL | 21 |
| 3. RISCOS EXCLUÍDOS | 21 |
| 4. CARÊNCIA | 21 |
| 5. REEMBOLSO | 21 |
| 6. PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA | 21 |
| 7. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL | 21 |
| 8. LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA | 22 |
| 9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA | 22 |
| 10. DISPOSIÇÃO FINAL | 22 |

GARANTIA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA

| | |
|---|----|
| 1. GARANTIA | 23 |
| 2. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA | 23 |
| 3. CESSAÇÃO DA GARANTIA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA | 23 |
| 4. BENEFICIÁRIOS | 23 |
| 5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO | 23 |
| 6. AVALIAÇÕES DA TAXA | 23 |
| 7. DISPOSIÇÃO FINAL | 23 |

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

| | |
|--|----|
| 1. OBJETO DO SEGURO | 24 |
| 2. COBERTURA | 24 |
| 3. CAPITAL SEGURADO E LIMITAÇÃO DE COBERTURA | 24 |
| 4. CESSAÇÃO DA COBERTURA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA | 24 |
| 5. PROCEDIMENTO PARA O PAGAMENTO DAS DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR | 24 |
| 6. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO | 24 |
| 7. FRANQUIA | 24 |
| 8. PAGAMENTO DAS DIÁRIAS CONTRATADAS | 24 |
| 9. AVALIAÇÃO DA TAXA | 25 |
| 10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA | 25 |
| 11. DISPOSIÇÃO FINAL | 25 |

1. CONCEITOS

1.1 Acidentes Pessoais

Para fins deste seguro, considera-se "acidente pessoal" o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, 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 do Segurado ou torne necessário tratamento médico.

1.1.1 Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

- a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de pagamento do capital segurado, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) escapamento acidental de gases e vapores;
- d) seqüestros e tentativas de seqüestros, dos quais o Segurado seja a vítima;
- e) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

1.1.2 Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste seguro:

- a) as doenças (incluídas as profissionais), moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações resultantes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes não cobertos;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relações de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos - LER, Lesões Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, os similares que venham a ser aceitos 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 da invalidez por acidente pessoal, definida no subitem 1.1

1.2 Apólice

É o documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos.

1.3 Beneficiário

É a pessoa física ou jurídica a favor da qual é devido o pagamento do capital segurado em caso de morte do Segurado.

1.4 Capital Segurado

É o capital máximo a ser pago ao Segurado ou Beneficiário em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

1.5 Carência

É o período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

1.6 Coberturas

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.

1.7 Condições Gerais

Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

1.8 Condições Especiais

Conjunto de cláusulas adicionais que estabelecem obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

1.9 Corretor de Seguros

É o intermediário legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Privado.

1.10 Doenças e/ou Lesões Preexistentes e suas Conseqüências

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anterior à data de sua adesão ao Seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde.

1.11 Evento Coberto

É o acontecimento futuro e de data incerta, de natureza súbita involuntária e imprevisível, descrito nas coberturas e ocorrido durante a vigência do seguro.

1.12 Final de Vigência

O final de vigência do seguro ocorrerá às 24 horas do dia anterior ao seu aniversário, respeitando-se a vigência contratada.

1.13 Indenização

É o valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um **evento coberto**, respeitadas as condições e os limites contratados.

1.14 Início de Vigência

É a data do recebimento da proposta de contratação, quando esta der entrada **com** adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, ou a data da aceitação da proposta de contratação pela Seguradora, quando esta der entrada **sem** adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

1.15 Limite Técnico

É o limite de capital segurado que a Seguradora assumirá, sob sua responsabilidade, em cada Seguro, sendo definido conforme a legislação vigente.

Para efeito de pagamento de sinistro, na hipótese do capital segurado exceder o limite técnico da Seguradora, o Segurado não será penalizado.

1.16 Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu Cônjuge, seus Dependentes, Parentes consanguíneos ou afins, em linha reta ou na colateral, até terceiro grau, amigo íntimo, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina..

1.17 Nota Técnica Atuarial

É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

1.18 Prêmio

É a importância paga pelo Segurado à Seguradora para garantir o risco contratado desde que coberto.

1.19 Processo SUSEP

É o registro do produto a ser comercializado pela Seguradora na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), o que não implica por parte da Autarquia incentivo ou recomendação à sua comercialização.

1.20 Proponente.

1.20.1 É a pessoa física com idade entre 16 (dezesesseis) e 70 (setenta) anos, que manifesta interesse em contratar o Seguro, mediante protocolo da proposta de contratação na seguradora, e que passará a condição de Segurado somente após a sua aceitação.

1.20.2 Para contratação da cobertura adicional de Diárias por Incapacidade Temporária, o proponente deverá ter idade entre 18 (dezoito) e 64 (sessenta e quatro) anos.

1.21 Proposta de Contratação

É o documento que contém a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais.

1.22 Renda Certa

1.22.1 É a série de pagamentos periódicos a que tem direito o(s) Beneficiário(s) ou o próprio Segurado, de acordo com a estrutura do plano.

1.22.2 Essa forma de pagamento é cabível para as coberturas de Morte Acidental ou Invalidez Total por Acidente do Segurado e será feita em, no máximo, 24 (vinte e quatro) parcelas distribuídas por um período determinado antecipadamente pelo Segurado na contratação do Seguro.

1.23 Riscos Excluídos

São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano.

1.24 Segurado

É o Proponente que foi aceito e incluído no plano de Seguro pela Seguradora.

1.25 Seguradora

É a pessoa jurídica legalmente constituída, que emite a apólice e, após o recebimento do prêmio, assume o risco de pagar o capital segurado ao Beneficiário ou ao Segurado caso ocorra um dos eventos cobertos e predeterminados pelo Seguro.

1.26 Sinistro

É a ocorrência de um evento danoso, expressamente previsto nas Condições Gerais e Especiais do Seguro, cujo capital segurado será pago pela Seguradora, respeitados os limites de cobertura contratados.

1.27 Vigência do Seguro

É o período de 01 (um) ano no qual a apólice de Seguro estará em vigor.

2. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital segurado ao próprio Segurado ou seus Beneficiários, na ocorrência de um dos eventos amparados pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, respeitando-se os demais itens destas Condições Gerais.**

3. COBERTURAS DO SEGURO

As coberturas dividem-se em básicas e adicionais.

3.1 É considerada Cobertura Básica, podendo ser contratada isoladamente, independentemente de quaisquer das coberturas adicionais:

- a) Morte, e;
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA). **observando-se os riscos excluídos do item 4**

3.2 São consideradas Coberturas Adicionais:

- a) Majoração de Membros;
- b) Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- c) Diárias por Incapacidade Temporária com ou sem Franquia Reduzida para Acidente;
- d) Assistência Funeral;
- e) Cesta Básica;
- f) Diárias por Internação Hospitalar (DIH)

3.2.1 As coberturas de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Diária de Internação Hospitalar (DIH) são coberturas excludentes, não podendo ser contratadas no mesmo seguro.

3.3 Para a efetivação do seguro, será obrigatório contratar pelo menos uma das coberturas básicas oferecidas.

3.4 Capital Segurado por Morte Acidental

Consiste no pagamento do capital segurado relativo à cobertura básica, de uma só vez, ao(s) beneficiário(s) do(s) Segurado(s) indicado(s) na proposta de contratação, desde que o acidente causador da morte tenha ocorrido após o início de vigência e dentro do período de cobertura do seguro.

3.5 Capital Segurado por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

3.5.1 Consiste no pagamento do capital segurado ao próprio Segurado, relativo à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, desde que esteja terminado o tratamento e esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e, quando da alta médica definitiva, a invalidez permanente esteja avaliada e constatada.

3.5.2 O pagamento do capital segurado corresponderá aos percentuais descritos na tabela abaixo, de acordo com grau de invalidez permanente, sendo esse percentual aplicado sobre o capital segurado da cobertura básica.

| INVALIDEZ PERMANENTE | DISCRIMINAÇÃO | % |
|----------------------|--|-----|
| 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 incurável..... | 100 |

| INVALIDEZ PERMANENTE | DISCRIMINAÇÃO | % |
|----------------------|---|----|
| 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 tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral | 25 |

| INVALIDEZ PERMANENTE | DISCRIMINAÇÃO | % |
|----------------------------|---|----|
| PARCIAL MEMBROS SUPERIORES | Perda total do uso de um dos membros superiores | 70 |
| | Perda total do uso de uma das mãos | 60 |
| | Fratura não consolidada de um dos úmeros | 50 |
| | Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares | 30 |
| | Anquilose total de um dos ombros | 25 |
| | Anquilose total de um dos cotovelos | 25 |
| | Anquilose total de um dos punhos | 20 |
| | Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano | 25 |
| | Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano | 18 |
| | Perda total do uso da falange distal do polegar | 9 |
| | Perda total do uso de um dos dedos indicadores. | 15 |
| | Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios | 12 |
| | Perda total do uso de um dos dedos anulares | 9 |
| | Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo | |

| INVALIDEZ PERMANENTE | DISCRIMINAÇÃO | % |
|---------------------------------|---|----|
| PARCIAL MEMBROS INFERIORES | Perda total do uso de um dos membros inferiores | 70 |
| | Perda total do uso de um dos pés | 50 |
| | Fratura não consolidada de um fêmur | 50 |
| | Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros | 25 |
| | Fratura não consolidada da rótula | 20 |
| | Fratura não consolidada de um pé | 20 |
| | Anquilose total de um dos joelhos | 20 |
| | Anquilose total de um dos tornozelos | 20 |
| | Anquilose total de um quadril | 20 |
| | Perda total de um dos pés, isto é perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé | 25 |
| | Amputação do 1º (primeiro) dedo | 10 |
| | Amputação de qualquer outro dedo | 3 |
| | Perda total do uso de uma falange do 1º dedo ,indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo | |
| | Encurtamento de um dos membros inferiores: | |
| | de 5 (cinco) centímetros ou mais | 15 |
| de 4 (quatro) centímetros | 10 | |
| de 3 (três) centímetros | 6 | |
| | menos de 3 (três) centímetros sem indenização | |

IMPORTANTE

3.5.3 A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente, sem a cobrança de prêmio adicional, desde que a invalidez seja parcial.

3.5.4 Não estando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o capital segurado por perda parcial é calculado pela aplicação, à percentagem prevista na tabela do subitem 3.5.2 para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

3.5.5 Na falta de indicação do percentual de redução informando-se apenas o grau dessa redução como máximo, médio ou mínimo, o capital segurado será calculado, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

3.5.5.1 Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na tabela, o capital segurado será estabelecido de acordo com a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

3.5.6 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, o capital segurado será calculado somando-se os respectivos percentuais, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado previsto para essa cobertura. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma dos percentuais correspondentes não poderá exceder ao capital segurado previsto para sua perda total.

3.5.7 A perda ou agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não

dá direito ao recebimento do capital segurado, salvo quando previamente declarado pelo Segurado na contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau da invalidez definitiva o grau da invalidez preexistente devidamente comprovada por laudo médico atestando o grau da preexistência.

3.5.8 A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito ao capital segurado desta cobertura.

3.5.9 Os capitais segurados por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

3.5.10 Nos casos em que houver o pagamento do capital segurado por Invalidez Permanente Parcial por Acidente e o Segurado vir a falecer em consequência deste mesmo evento, será deduzido do capital segurado a importância já paga pela Invalidez Permanente Parcial por Acidente.

3.5.11 Capital Segurado por Majoração dos Membros

Consiste na possibilidade do Segurado majorar os percentuais do capital segurado da cobertura de Invalidez Parcial por Acidente para 100% (cem por cento), conforme indicado na proposta de contratação.

3.5.11.1 São membros passíveis de majoração:

- a) Perda total da visão do uso de um olho de 30% (trinta por cento) majorado para 100% (cem por cento);
- b) Perda total do uso de um dos indicadores de 15% (quinze por cento) majorado para 100% (cem por cento);
- c) Perda total de um dos polegares, ao nível do metacarpiano majorado para 100% (cem por cento); e,
- d) Anquilose total de um dos cotovelos de 25% (vinte e cinco por cento) majorado para 100% (cem por cento).

3.5.11.2 A indicação dos órgãos ou membros na proposta de contratação será submetida às regras de análise e aceitação do risco.

3.5.11.3 Em caso de lesão nos órgãos ou membros majorados, decorrente de acidente coberto e que ocasione Invalidez Parcial, o Segurado receberá 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

3.5.11.4 Esta cobertura se extingue com o pagamento do capital segurado de, pelo menos, um dos membros passíveis de majoração, permanecendo inalteradas as demais coberturas contratadas.

3.6 Capital Segurado por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas

3.6.1 É o pagamento de um capital segurado, mediante reembolso, relativo a cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, limitado ao valor contratado, decorrentes de acidente coberto, efetuadas exclusivamente pelo Segurado para seu tratamento, desde que iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do evento, sob orientação médica, incluindo diárias hospitalares necessárias para o restabelecimento do Segurado, observados os critérios de liquidação de sinistro constantes do subitem 14.9.

3.6.2 O Capital Segurado para a cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, corresponderá à porcentagem do capital segurado para a cobertura de Morte Acidental, conforme indicado na proposta de contratação.

3.6.3 Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que habilitados.

3.6.4 A comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas deverão ser feitas mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

3.6.5 As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura contratada, à época da ocorrência do sinistro.

3.6.6 Esta cobertura se extingue com o esgotamento do capital segurado contratado, conforme o disposto no subitem 3.6.2.

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

3.7.1 Para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente.

3.7.2 Para as demais coberturas de risco, a data da ocorrência do evento coberto, conforme definido nas condições gerais e/ou especiais, ressalvado o disposto nos itens 3.7.1.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão excluídos das coberturas desse seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de atos ou operações de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de terrorismo, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes e de guerra, declarada ou não. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;
- d) epidemias e pandemias, desde que declaradas pelos órgãos competentes;
- e) doação e transplante intervivos; e
- f) suicídio cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro, ou da sua recondução depois de suspensão.

4.2 Também ficam excluídos os acidentes e/ou eventos ocorridos em consequência:

- a) de competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes, ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;
- b) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- c) de quaisquer acidentes citados no subitem 4.1, alíneas "a" e "b";
- d) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte acidental ou incapacidade do Segurado provier de meio de transporte mais arriscado. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- e) quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante de um ou de outro.
- f) do Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

4.3 Em se tratando de Despesas Médico-Hospitalares Odontológicas, além dos riscos excluídos acima, não estão abrangidas as coberturas para:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes.
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses ou órteses implantadas pela primeira vez.

4.4 Estão também excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em consequência de evento coberto, decorrentes de:

a) danos morais e estéticos: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente apólice os pagamentos de capitais segurados por **DANOS MORAIS E ESTÉTICOS**, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

a.1) Dano estético: é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando seqüelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética.

a.2) Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que, mesmo sem ferir ou causar estragos ao patrimônio material de uma pessoa, ofenda seus princípios e valores de ordem moral, relacionados à sua honra, seus sentimentos a sua dignidade, como também de sua família.

b) Danos materiais: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente Apólice as indenizações por **DANOS MATERIAIS**, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

b.1) Dano material é todo e qualquer dano que atinge diretamente o patrimônio das pessoas e pode ser configurado por uma despesa que foi gerada por uma ação ou omissão indevida de terceiros, caracterizando a necessidade de reparação material.

c) Lucros cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.

4.5 Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, situação em que este perderá o direito à cobertura do seguro, conforme disposto no artigo 768 do Código Civil.

5. CONTRATAÇÃO

Considera-se contratado o seguro quando a proposta de contratação, devidamente preenchida e assinada pelo Proponente, for aceita pela Seguradora, momento em que esta emite a respectiva apólice de seguro.

6. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

6.1 Para que haja a aceitação dos Proponentes por parte da Seguradora, será necessário o preenchimento obrigatório da proposta de contratação, sempre observando os limites de idade entre 16 (dezesseis) e 64 (sessenta e quatro) anos para o ingresso, e as boas condições de saúde.

6.1.1 Para contratação da cobertura adicional de Diárias por Incapacidade Temporária o Segurado deverá ter idade mínima de 18 (dezoito) anos.

6.2 A aceitação ocorrerá no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da proposta de contratação pela Seguradora. Caso seja solicitado algum documento ou exame

complementar, esse prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação na Seguradora. A solicitação de documentos complementares para análise da aceitação do risco ou da aceitação da proposta de contratação, poderá ser feita apenas uma vez durante o referido prazo.

6.2.1 A Seguradora fornecerá ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta de contratação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

6.3 A inexistência de manifestação expressa da Seguradora dentro daquele prazo, implicará na aceitação automática do seguro.

6.4 A aceitação do Proponente no seguro será caracterizada pela emissão da apólice, em seu nome, com a indicação das coberturas contratadas, do início e término de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao seu seguro.

6.5 A não aceitação da proposta de contratação, será comunicada obrigatoriamente ao proponente por escrito, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados do protocolo de recebimento na Seguradora, justificando o motivo da recusa.

6.5.1 Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Proponente, integralmente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a contar da recusa, sendo que em caso de mora da Seguradora será computado, além da correção monetária prevista no item 10.1, Juros de Mora de 6% ao ano "pro rata tempore" correspondente ao número de dias decorridos a partir do 11º dia, incluindo este.

6.6 Avaliação da Taxa: A Seguradora efetuará avaliações periódicas da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, conforme definido nas *Condições Particulares*, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base na sinistralidade verificada no decorrer de vigência da apólice. Havendo necessidade de ajustes, preservados os direitos do segurado, a taxa reajustada será aplicada a partir do próximo aniversário anual de cada apólice em vigor nesta Seguradora, **desde que haja anuência expressa do segurado, que deverá ser comunicado à respeito da alteração mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.**

7. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

7.1 O pagamento dos prêmios será efetuado conforme opção indicada na proposta de contratação, à vista ou parcelado.

7.1.1 A primeira parcela do prêmio será de acordo com a opção do Segurado, mencionada na proposta de contratação.

7.1.2 Os prêmios relativos às demais parcelas serão pagos conforme opção feita na proposta de contratação, até a data do vencimento do respectivo documento de cobrança.

7.1.3 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se refere.

7.2 Quando a data limite para pagamento dos prêmios coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º dia útil posterior ao vencimento em que houver expediente bancário.

8. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO DO SEGURO E INÍCIO DA VIGÊNCIA

8.1 A vigência do seguro será de 1(um) ano.

8.1.1 A renovação poderá ocorrer de forma automática uma única vez, nos termos da Lei, desde que não haja desistência expressa da Seguradora ou do Segurado até 60 (sessenta) dias antes de seu vencimento.

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

8.2 Nos casos de recebimento da proposta de contratação com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência da apólice será a partir das 24 horas do dia da recepção da proposta de contratação pela Seguradora, ficando condicionada à compensação, caso o adiantamento de valor ocorra através de cheque.

8.3 Nos casos de recebimento da proposta de contratação sem adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência da apólice será a partir das 24 horas da data de aceitação da proposta de contratação pela Seguradora, ou em data posterior, desde que expressamente determinada na proposta de contratação.

8.4 Este Seguro não poderá ser renovado caso a Seguradora tenha suspenso a sua comercialização e/ou o produto tenha sido arquivado perante a SUSEP, desde que seja dada ciência ao Segurado, até 60 (sessenta) dias antes de seu vencimento.

8.5 Caso o valor do capital segurado atinja o Limite Técnico que a Seguradora assumiu como de sua responsabilidade, o Seguro poderá não ser renovado.

8.5.1 Para efeito de pagamento de sinistro, na hipótese do capital segurado exceder o Limite Técnico da Seguradora, o segurado não será penalizado.

8.6 Em cada renovação será emitida uma nova apólice pela Seguradora, observado o disposto no item 9.1.2.

8.7 A Renovação deste Seguro sujeitar-se-á a aplicação de um AGRAVO no valor do prêmio do Seguro, mediante comunicação ao Segurado, até 60 (sessenta) dias antes do seu vencimento.

8.7.1 Este agravo corresponderá ao percentual de reajuste que incidirá sobre a cobertura específica contratada, considerando os critérios de reavaliação do risco de cada cobertura.

9. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

9.1 Os capitais segurados, bem como os prêmios deste Seguro, serão atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas).

9.2 Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados deverão ser atualizados pelo índice pactuado no item 10.1, desde a data da última atualização do prêmio.

10. PERÍODO DE TOLERÂNCIA DA COBERTURA DO SEGURO

10.1 Quando o prêmio do seguro não for quitado até a data estabelecida para o pagamento, as coberturas do Seguro permanecerão cobertas pelo período de 90(noventa) dias, nos termos do item 14.

10.1.1 Durante este período, haverá cobertura para eventuais sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido, ficando facultado a Seguradora realizar a cobrança de juros

praticados pelo mercado financeiro.

11. CANCELAMENTO DO CONTRATO DE SEGURO

11.1 Caso não seja efetuado o pagamento dos prêmios depois de decorrido o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da primeira inadimplência, o seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

11.1.1 Nesse caso, a Seguradora poderá reter o prêmio recebido e os emolumentos, proporcional ao tempo decorrido.

11.1.2 Todavia, transcorrido o período de tolerância sem pagamento dos prêmios, o seguro será cancelado por motivo de inadimplência, nos termos do item 10.1, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade quanto aos eventuais sinistros ocorridos a partir de então.

11.2 A cobertura básica prevista por este Seguro se extingue pela ocorrência da Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado.

11.3 O pagamento referente à Invalidez Permanente Parcial por Acidente antecipa a cobertura do capital segurado por Morte Acidental. Caso o Segurado venha a falecer em razão do mesmo acidente, será descontado do capital segurado o valor pago pela Invalidez Parcial Permanente por Acidente.

11.4 Extingue-se ainda o seguro sem restituição dos prêmios:

- a) no final do prazo de vigência;
- b) se este não for renovado.

11.5 Fica ainda a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade e o contrato automaticamente cancelado, se o Segurado, seus Prepostos ou Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação, bem como qualquer conduta que tenha por fim a obtenção de vantagem indevida quando da contratação do seguro, durante o período de vigência e na liquidação de eventual sinistro.

11.6 Fica cancelada a cobertura adicional de Diárias por Incapacidade Temporária, quando contratada, a partir da data em que o Segurado estiver total e permanentemente inválido, devidamente comprovado por laudo médico, deixando de ser cobrado, a partir de então, o prêmio relativo a tal cobertura.

11.7 O contrato de seguro poderá ainda ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes.

11.8 Fica a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade e o contrato automaticamente cancelado, se o Segurado, seus prepostos ou beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave, bem como qualquer conduta que tenha por fim a obtenção de vantagem indevida quando da contratação do seguro, durante o período de vigência e na liquidação de eventual sinistro.

12. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

12.1 Qualquer alteração neste contrato somente terá validade se for feita por meio de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a aceitação do seguro.

12.2 Caberá ao Segurado solicitar à Seguradora, por escrito e

em comum acordo, o aumento do capital segurado, **que se submeterá novamente às regras de análise e aceitação do risco**.

13. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

13.1 O Segurado ou seus Beneficiários deverão comunicar a ocorrência do sinistro imediatamente à Seguradora, por meio do formulário "AVISO DE SINISTRO", carta registrada ou telegrama para avaliação do pagamento do Capital Segurado, conforme coberturas contratadas.

13.2 Quando o sinistro for comunicado por carta ou telegrama, deverão constar data, hora, local e causa do sinistro, situação esta que não exonera o Segurado, seu Representante ou seus Beneficiários, da obrigação de apresentar o formulário "AVISO DE SINISTRO".

13.3 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, conforme a natureza do evento, dos documentos básicos adiante relacionados:

13.4 Em caso de Morte Acidental do Segurado:

- a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo beneficiário no campo Informação do Segurado em caso de acidente;
- b) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- c) Certidão de casamento (com data atualizada, ou seja, extraída após o óbito) + RG e CPF do falecido (cópia simples).
- d) Declaração de únicos herdeiros;
- e) Certidão de Nascimento (se menor), RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) beneficiário(s) (cópia simples). Em se tratando de beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessária cópia simples do CPF;
- f) Boletim de Ocorrência Policial; (cópia simples).
- g) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML (cópia autenticada);
- h) Carteira Nacional de Habilitação do falecido se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo (cópia simples);
- i) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento.

13.4.1 Caso o segurado (o) tenha companheira reconhecida (a) no órgão previdenciário, deverá ser enviado o respectivo documento que comprove tal vínculo marital, e/ou Escritura Pública de Declaração informando quanto tempo o companheiro (a) conviveu maritalmente com o (a) segurado (a) e se essa união perdurou até o falecimento deste.

13.5 Em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- a) Aviso de Sinistro preenchido pelo segurado e médico assistente;
- b) RG, e CPF e Comprovante de Residência do segurado (cópia simples).
- c) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso (cópia autenticada);
- d) Atestado de Alta Médica definitiva, informando as seqüelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membros lesados, inclusive o percentual (original);
- e) Resultados de todos os exames realizados na pessoa do segurado (original);
- f) Boletim de Ocorrência Policial se for o caso (cópia simples).
- g) Carteira Nacional de Habilitação do segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo (cópia simples).
- h) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento.

13.6 Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO)

- a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo segurado e médico assistente;
- b) RG, e CPF e Comprovante de Residência do segurado (cópia simples).

- c) Originais de todos os comprovantes de despesas médicas odontológicas e hospitalares (nota fiscal);
 - d) Resultados de todos os exames realizados na pessoa do segurado (laudo);
 - e) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso (cópia autenticada);
 - f) Boletim de Ocorrência Policial se for o caso (cópia simples).
 - g) Carteira Nacional de Habilitação do segurado quanto se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo (cópia simples)
 - h) Cópia do cartão do CNPJ do Estipulante, em caso de Termo de Cessão à empresa;
 - i) Cópia do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de Termo de Cessão à empresa;
 - j) Cópias dos CPF's dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social, em caso de Termo de Cessão à empresa;
- Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento.

13.6.1 A comprovação das Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente, discriminando o tratamento realizado e o material utilizado.

13.6.2 A garantia de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) está sujeita à aplicação de franquia, conforme declaração constante da apólice.

13.7 Para todas as coberturas contratadas, os documentos pessoais deverão ser apresentados em cópias autenticadas, exceto Aviso de Sinistro e comprovantes de despesas, os quais deverão ser apresentados em via original.

13.8 Após a entrega da documentação básica exigida pela Seguradora, o prazo máximo para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

13.9 As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar documentos complementares para análise e elucidação do sinistro. Quando isso ocorrer, o prazo para liquidação de que trata o subitem 14.11 ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

13.9.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento do capital segurado.

Nos casos em que a única dúvida a esclarecer for quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor do capital segurado caso o sinistro esteja coberto.

13.10 A constatação da invalidez permanente, conforme definida no subitem 3.5, se fará por laudo subscrito por profissional habilitado na sua especialização e, se necessário, por perícia a ser realizada na esfera administrativa ou judicial.

13.11 Nos casos em que houver divergência sobre a Invalidez Permanente, a Seguradora proporá ao Segurado, a constituição de junta médica, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15(quinze) dias.

13.11.1 A junta médica será constituída por 3 (três) profissionais habilitados na sua especialização, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

13.12 O prazo para aviso do sinistro deverá obedecer as regras de prescrição constantes no artigo 206 do CC. Assim, a pretensão do Segurado em face da Seguradora prescreverá em 01 (um) ano, a contar da data da ciência do fato gerador da pretensão e, a pretensão do Beneficiário, prescreverá em 03 (três) anos.

13.13 Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução serão de responsabilidade da Seguradora.

14. FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

14.1 Para recebimento do capital segurado, deverá ser comprovada a ocorrência do sinistro avisado, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultada à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fatos relatados no aviso de sinistro.

14.2 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

14.3 O Capital Segurado da Cobertura de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente, poderá ser pago de forma integral ou parcial, sob a forma de renda certa, desde que tenha havido opção expressa do Segurado neste sentido, devendo as partes estabelecer o valor mínimo da renda inicial.

14.3.1 O valor da renda será atualizado anualmente, no mês em que ocorreu o evento causador do sinistro, pelo índice de correção estabelecido no subitem 9.1, acumulado nos últimos 12 meses que antecedem o mês de atualização, além da aplicação de juros de 6% (seis por cento) ao ano.

14.3.2 Além da atualização monetária prevista no subitem 14.3.1, sobre o valor da renda será acrescido o montante resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos e a atualização anual aplicada às rendas.

14.4 Caso o Beneficiário do Seguro venha a falecer durante o período de recebimento das parcelas do benefício, o restante do pagamento será efetuado por metade ao cônjuge não separado judicialmente e a outra metade ao(s) herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária, limitado ao saldo residual e ao período indicado inicialmente pelo Segurado.

14.5 Se o pagamento do capital segurado ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante nos subitens 13.4, 13.5 e 13.6 ou nas condições especiais das coberturas contratadas, aplicar-se-á, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, correção monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado anteriormente à data de sua efetiva liquidação, mais juros de mora de 6% ao ano.

16. PERDA DO DIREITO AO CAPITAL SEGURADO

O segurado perderá o direito ao Capital Segurado

quando:

- a) agravar intencionalmente o risco;
- b) o Segurado, seu Representante ou seu Corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de contratação ou no valor do prêmio. Neste caso, ficarão obrigados ao pagamento do prêmio vencido;
- c) praticar fraude ou tentativa de fraude com o intuito de simular sinistro ou agravar suas conseqüências; e
- d) na inobservância da cláusula 16 (Modificações de Risco) por parte do Segurado.

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

16.1.1 Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

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

- a) cancelar o seguro, após pagamento do capital segurado, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) 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.

16.1.3 Na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento integral do capital segurado, o seguro será CANCELADO, após o pagamento deste valor. Será deduzido do valor do capital segurado a diferença de prêmio cabível.

17. MODIFICAÇÕES DE RISCO

17.1 Quaisquer alterações ocorridas durante a vigência da apólice que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza dos riscos cobertos, deverão ser comunicadas à Seguradora para que se façam os devidos ajustes.

17.2 Consideram-se alterações de risco, entre outras, as seguintes ocorrências:

- a) mudança de profissão do Segurado;
- b) mudança de residência do Segurado para outro país;
- c) prática de esportes (profissional ou amador) tais como: balonismo, asa-delta, vôo-livre, pára-quedismo, hipismo, mergulho com equipamentos de ar comprimido, esqui-aquático e na neve, motociclismo, automobilismo, boxe, lutas-livres, artes marciais e demais esportes considerados de alto risco;
- d) uso habitual de substâncias alcoólicas ou entorpecentes de quaisquer espécies, bem como o hábito de fumar.

17.3 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder direito à cobertura, caso fique comprovado que silenciou por má-fé.

17.3.1 Tal comunicação será submetida novamente à análise de aceitação do Risco.

16.3.2 Poderá a Seguradora, dentro dos 15(quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, dar ciência, por escrito, da decisão de cancelar a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

17.3.3 O cancelamento do seguro em razão da situação descrita no subitem 16.3.2 só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao Segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

17.4 A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento de risco implicarão na perda ao direito do capital segurado contratado, conforme previsto no artigo 769 do Código Civil que dispõe sobre o dever do Segurado comunicar à Seguradora todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o risco.

18. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

18.1 Cabe exclusivamente ao Segurado nomear ou substituir seus Beneficiários, por meio de documento escrito.

18.2 No caso da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente o próprio Segurado será o Beneficiário.

18.3 Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a cobertura de alguma obrigação, é lícita a substituição do Beneficiário por ato entre vivos ou de última vontade.

18.3.1 A Seguradora, que não for informada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

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

18.4.1 Na falta das pessoas indicadas no item 17.4, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

18.5 É válida a instituição do Companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

18.6 O Segurado poderá substituir seus Beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso prévio e escrito à Seguradora, sendo certo que nenhuma alteração de beneficiários terá validade se tais regras não forem observadas.

19. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS

O Segurado se obriga a declarar no ato da contratação, no formulário "Proposta de Contratação", ou quando solicitar o aumento do capital segurado, a existência de quaisquer outros seguros de vida.

20. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

20.1 O seguro dará cobertura por todo o Globo Terrestre.

20.2 O disposto no subitem 19.1 não se aplica à cobertura adicional para Diária por Incapacidade Temporária, a qual só dá direito a eventos ocorridos no Brasil.

21. DO FORO

21.1 As questões judiciais, entre Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

21.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no subitem 20.1.

22. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

22.4 Não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado.

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

22.6 Os tributos decorrentes do presente contrato de seguro serão pagos por quem a Lei determinar.

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. CONCEITOS

1.1 Auditoria Médica

É a avaliação feita por um médico da Seguradora a qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

1.2 Atividade Profissional

É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência, mediante remuneração.

1.3 Carência

É o período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

1.4 Franquia

1.4.1 É o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização.

1.4.2 Poderá ser contratada franquia reduzida para acidente.

1.4.3 A Franquia é dedutível por evento.

1.5 Incapacidade Temporária

É a perda total, contínua e temporária da capacidade para a prática da atividade profissional, causada direta e exclusivamente por acidente ou doença.

1.6 Limite de Diárias

É a quantidade máxima de diárias que o Segurado fará jus, a contar da data do afastamento de suas atividades profissionais, observados a carência, franquia e limites estabelecidos nestas Condições Especiais.

2. OBJETO

O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao próprio Segurado, observados os limites desta cobertura adicional de Diária por Incapacidade Temporária, em vigor na data da ocorrência do evento, respeitando-se os riscos expressamente excluídos, conforme definidos nesta Condição Especial.

3. COBERTURA DO SEGURO

3.1 Este seguro garante o pagamento de diárias por incapacidade ao Segurado que, por motivo de acidente pessoal ou doença, venha a ficar afastado totalmente de qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, de forma contínua e temporária, por um período superior a 10 (dez) ou 7 (sete) dias, por determinação médica e comprovado por exames complementares, até o limite de diárias contratado, observado os riscos excluídos e respeitados o período de carência, franquia e limite de diárias, estabelecidos nesta Condição Especial.

3.2 Esta cobertura é assegurada durante o período de vigência do seguro, salvo condições que determinem sua suspensão ou cancelamento, conforme definido nos itens 10 e 11 das Condições Gerais deste seguro.

3.3 O valor da Diária por Incapacidade Temporária contratada, deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação desta cobertura. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal informada pelo Segurado na proposta de contratação, o pagamento do capital segurado será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada má-fé do Segurado no que tange à informação constante na proposta de contratação, o Segurado perderá o direito

ao recebimento do capital segurado, com base no Artigo 766 do Código Civil.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura desta Condição Especial os afastamentos decorrentes de:

a) O parto ou aborto e suas consequências, exceto na hipótese prevista no item 4.5.

b) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;

c) Anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;

d) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico e na hipótese prevista no item 4.4.

e) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;

f) Cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências;

g) Tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;

h) Hospitalização para check-up;

i) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

j) Todas as doenças ou transtornos mentais;

k) Síndrome do pânico;

l) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;

m) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os consequentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;

n) Cirurgias para esterilização;

o) Qualquer eventos que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período até 10 (dez) dias;

p) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas.

q) Luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;

r) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

s) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrose;

t) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;

u) Laser terapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

v) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

w) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.

x) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se for comprovado que durante este período houve afastamento médico.

4.2 Ficam ainda excluídos do risco coberto por esta condição especial qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4.3 Também ficam EXPRESSAMENTE excluídos da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, total ou parcial por acidente, tendo em vista que este Seguro cobre apenas Diárias por Incapacidade Temporária.

4.3.1 Caso o Segurado esteja afastado de suas atividades profissionais e sua Incapacidade Temporária venha a evoluir para uma Invalidez Permanente, total ou parcial

por acidente, comprovada por laudo médico, as Diárias por Incapacidade Temporária coberta por este Seguro, cessarão automaticamente.

4.4 Para fins de recebimento do Capital Segurado relativo às diárias de incapacidade temporária, no caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexos causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido.

4.5 Para fins de recebimento do Capital Segurado relativo às Diárias por Incapacidade Temporária, no caso de parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação do nexos causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionadas com o acidente sofrido.

5. FRANQUIA, CARÊNCIAS E LIMITE MÁXIMO DE DIÁRIAS

Esta cobertura adicional somente passa a vigorar a partir do início de vigência do seguro e, depois de cumpridos os prazos de franquia e carências, respeitados os limites de diárias, definidos a seguir:

5.1 Franquia

Haverá franquia de 10 (dez) dias, contados a partir da data do afastamento de forma contínua e temporária, das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica. Durante o período de franquia o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias.

5.1.1 Poderá ser contratada a opção de franquia reduzida para acidente, o período de franquia será reduzido para 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento por acidente das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica.

5.2 Carências

É o período durante o qual o Segurado não terá direito às garantias deste seguro.

5.2.1 Para fins de determinação dos prazos de carência, cuja contagem inicia-se a partir do início de vigência do seguro, os seguintes períodos deverão ser observados:

a) 180 (cento e oitenta) dias para eventos decorrentes de lesões classificadas sob a nomenclatura de L.E.R - Lesão por Esforço Repetitivo ou D.O.R.T - Distúrbio Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, L.T.C - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, Tendinopatias, Sinovite, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências e tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

b) 60 (sessenta) dias para eventos decorrentes de doença, exceto as previstas na alínea "a" deste item, cujo prazo de carência será de 180 dias.

5.2.2 Não há carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais.

5.2.3 Quando for solicitado aumento de capital segurado para esta cobertura, haverá novo cumprimento de carência exclusivamente à parte aumentada, cuja contagem inicia-se a partir do início de vigência do endosso ao seguro, devendo ser observado o que segue:

a) 180 (cento e oitenta) dias para eventos previstos na alínea "a", do item 5.2.1, destas Condições Especiais;

b) 60 (sessenta) dias para eventos decorrentes de doença, conforme previsto na alínea "b", do item 5.2.1, destas Condições Especiais;

5.2.4 As carências mencionadas no item 5.2.1 não se aplicam quando houver renovação do seguro, conforme item 8 das Condições Gerais.

5.3 Limite Máximo de Diárias

O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto, para esta cobertura adicional, será de:

a) 60 (sessenta) dias, durante a vigência anual do contrato de seguro, independentemente do período de afastamento prescrito, nos casos de eventos decorrentes de lesões classificadas sob a nomenclatura de L.E.R - Lesão por Esforço Repetitivo ou D.O.R.T - Distúrbio Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, L.T.C - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, Tendinopatias, Sinovite, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências e tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

b) 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, para ocorrência dos demais eventos cobertos decorrentes de acidente ou doença, exceto aqueles previstos no item 4. **Riscos Excluídos destas Condições Especiais.**

6. REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE

6.1 Os prêmios correspondentes a esta cobertura adicional, sofrerão reajuste a cada três anos, a contar da data de início de vigência do seguro. O respectivo prêmio será corrigido com o percentual da nova idade do segurado imediatamente no mês em que ocorrer a renovação do seguro, conforme tabela com a determinação das idades e percentuais de reajustes, constante no **Anexo I desta Condição Especial.**

6.1.1 O Segurado terá, ainda, um aumento anual de **5% (cinco por cento)** no valor do Prêmio do seguro correspondente a esta cobertura, a partir de quando completar **65 (sessenta e cinco) anos**. O aumento se dará anualmente a cada renovação do seguro.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1 Sob pena de perder o direito ao capital segurado, o Segurado deverá comunicar a ocorrência do sinistro ao segurador, logo que o saiba, e tomará as providências imediatas para minorar-lhe as consequências, conforme artigo 771 do Código Civil.

7.2 Após a comunicação à Seguradora deverão ser encaminhados os seguintes documentos básicos:

- a) Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante e médico assistente (original);
- b) RG, CPF e Comprovante de Residência do segurado (cópia simples)
- c) Exames Complementares realizados (original);
- d) Em casos de intervenção cirúrgica, cópia prontuário médico hospitalar completo (cópia simples);
- e) Tratando-se de acidente de trabalho, cópia do Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho-CAT, para comprovação do acidente (cópia simples);
- f) Tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, cópia do Boletim de Ocorrência (cópia simples); e
- g) Prontuário ou ficha médica hospitalar de atendimento emergencial (cópia simples).

7.2.1 Para efeito de prova da incapacidade temporária, a Seguradora poderá solicitar atestado médico ou documentos emitidos pela Previdência Social.

7.3 Todas as despesas efetuadas para a comprovação da incapacidade, relativas aos documentos mencionados no subitem 5.2, correrão por conta do Segurado ou seu Representante Legal.

7.4 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora no subitem 7.2, será de 30 (trinta) dias.

7.5 As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar documentos complementares para análise e elucidação do

sinistro. Quando isso ocorrer, o prazo para liquidação de que trata o subitem 7.4 ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

7.5.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento das diárias contratadas.

Nos casos em que a única dúvida a esclarecer for quanto ao direito do Segurado, a Seguradora consignará o valor do pagamento da diária contratada caso o sinistro esteja coberto.

8. PAGAMENTO DO SINISTRO

8.1 Com base na comunicação e comprovantes do sinistro e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária nos termos desta Condição Especial, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias conforme indicado nos itens descritos a seguir:

8.2 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora, mediante relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo Segurado a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

8.3 Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora providenciará um único pagamento, no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, **a contar do 10º (décimo) dia** da data do início de afastamento de suas atividades profissionais, já considerando o período de franquia previsto no item 5.1 até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidas no subitem 5.3 desta Condição Especial.

8.4 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias na qual o Segurado tenha direito, de acordo com a incapacidade temporária, desde que assim justificadas por relatório médico, auditoria médica e, se necessário, exames complementares.

8.5 Em caso de morte do Segurado cessará o direito ao pagamento das diárias por incapacidade temporária, sendo que as diárias relativas ao período em que o Segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais serão pagas aos seus herdeiros nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

8.6 Nos casos de múltiplas lesões, consequentes do mesmo sinistro, a Seguradora reconhecerá a mais grave entre elas, ou seja, aquela em que determinar o maior período de afastamento por incapacidade temporária do Segurado de exercer suas atividades profissionais, não havendo acúmulo no valor das diárias.

8.7 A cessação do pagamento das diárias por incapacidade temporária ocorrerá:

8.7.1 Na data da alta médica, devendo o Segurado apresentar o respectivo comprovante firmado pelo médico assistente; ou,

8.7.2 Com a utilização do limite de diárias, devendo o Segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, firmado pelo médico assistente.

8.8 Não serão permitidos o acúmulo de diárias quando houver mais de um evento que dê causa a incapacidade temporária durante um mesmo período.

8.8.1 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder o limite máximo de diárias, de acordo com o evento, conforme estabelecido no subitem 5.3

desta Condição Especial.

8.8.2 Nos casos em que o Segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de diárias por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite máximo de diárias, de acordo com o evento, conforme estabelecido no subitem 5.3 desta Condição Especial.

8.8.3 Nos casos em que o afastamento seja decorrente de um novo evento, o limite de diárias será o da nova vigência da apólice, ou seja, de acordo com o evento, conforme estabelecido no subitem 5.3 desta Condição Especial.

9 DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1 Quando o Segurado estiver recebendo as diárias contratadas por um determinado evento, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequências de outro sinistro.

9.2 Somente será reconhecido pela Seguradora um novo sinistro se este ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.

9.3 Não haverá acúmulo do pagamento das diárias por incapacidade temporária em consequências de sinistros ocorridos em datas diferentes.

9.4 Em todos os pedidos de afastamento do Segurado poderão ser solicitadas realização de perícias médicas para a comprovação do evento bem como do número de dias necessários de afastamento.

9.4.1 Caso seja apurado algum tipo de fraude, cometida pelo Segurado, a Seguradora interromperá o pagamento das diárias por incapacidade temporária, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou diárias pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

9.5 Aplicam-se a esta Condição Especial, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro de Vida com Perfil II - para Seguro de Acidentes Pessoais Plus.

ANEXO I

Tabela de Reenquadramento Trianual - Diárias por Incapacidade Temporária

| REENQUADRAMENTO TARIFÁRIO TRIANUAL % - DIÁRIAS ATÉ R\$ 100,00 | | | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| IDADE | MASCULINO GRUPO A | MASCULINO GRUPO B | MASCULINO GRUPO C | FEMININO GRUPO A | FEMININO GRUPO B | FEMININO GRUPO C |
| Até 29 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| 30 | 1,90% | 2,31% | 2,35% | 0,12% | 0,66% | 0,71% |
| 31 | 7,18% | 6,36% | 6,27% | 10,77% | 9,70% | 9,58% |
| 32 | 7,88% | 6,00% | 5,80% | 16,38% | 13,77% | 13,50% |
| 33 | 7,88% | 6,00% | 5,80% | 16,38% | 13,77% | 13,50% |
| 34 | 7,88% | 6,00% | 5,80% | 16,38% | 13,77% | 13,50% |
| 35 | 8,39% | 6,46% | 6,25% | 16,67% | 14,20% | 13,93% |
| 36 | 8,90% | 6,91% | 6,70% | 16,96% | 14,63% | 14,37% |
| 37 | 9,41% | 7,37% | 7,16% | 17,26% | 15,06% | 14,81% |
| 38 | 9,41% | 7,37% | 7,16% | 17,26% | 15,06% | 14,81% |
| 39 | 9,41% | 7,37% | 7,16% | 17,26% | 15,06% | 14,81% |
| 40 | 6,62% | 5,23% | 5,08% | 11,92% | 10,45% | 10,28% |
| 41 | 3,91% | 3,12% | 3,03% | 6,82% | 6,02% | 5,93% |
| 42 | 1,26% | 1,06% | 1,03% | 1,95% | 1,77% | 1,75% |
| 43 | 1,26% | 1,06% | 1,03% | 1,95% | 1,77% | 1,75% |
| 44 | 1,26% | 1,06% | 1,03% | 1,95% | 1,77% | 1,75% |
| 45 | 3,76% | 3,33% | 3,28% | 5,21% | 4,84% | 4,79% |
| 46 | 6,32% | 5,66% | 5,58% | 8,57% | 7,99% | 7,92% |
| 47 | 8,95% | 8,03% | 7,93% | 12,04% | 11,24% | 11,14% |
| 48 | 8,95% | 8,03% | 7,93% | 12,04% | 11,24% | 11,14% |
| 49 | 8,95% | 8,03% | 7,93% | 12,04% | 11,24% | 11,14% |
| 50 | 8,04% | 7,31% | 7,23% | 10,49% | 9,86% | 9,78% |
| 51 | 7,15% | 6,59% | 6,53% | 8,96% | 8,49% | 8,44% |
| 52 | 6,26% | 5,88% | 5,84% | 7,45% | 7,15% | 7,12% |
| 53 | 6,26% | 5,88% | 5,84% | 7,45% | 7,15% | 7,12% |
| 54 | 6,26% | 5,88% | 5,84% | 7,45% | 7,15% | 7,12% |
| 55 | 10,66% | 10,32% | 10,28% | 11,73% | 11,46% | 11,43% |
| 56 | 15,24% | 14,94% | 14,91% | 16,18% | 15,95% | 15,92% |
| 57 | 20,02% | 19,76% | 19,73% | 20,81% | 20,62% | 20,59% |
| 58 | 20,02% | 19,76% | 19,73% | 20,81% | 20,62% | 20,59% |
| 59 | 20,02% | 19,76% | 19,73% | 20,81% | 20,62% | 20,59% |
| 60 | 20,02% | 19,76% | 19,73% | 20,81% | 20,62% | 20,59% |
| 61 | 23,10% | 22,92% | 22,90% | 23,64% | 23,51% | 23,49% |
| 62 | 26,26% | 26,17% | 26,16% | 26,54% | 26,47% | 26,46% |
| 63 | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% |
| 64 | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% |

| REENQUADRAMENTO TARIFÁRIO TRIANUAL % - DIÁRIAS ENTRE R\$ 100,01 E R\$ 150,00 | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|
| IDADE | MASCULINO GRUPO A | MASCULINO GRUPO B | MASCULINO GRUPO C | FEMININO GRUPO A | FEMININO GRUPO B | FEMININO GRUPO C |
| Até 29 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| 30 | 2,01% | 2,40% | 2,44% | 0,25% | 0,79% | 0,84% |
| 31 | 6,99% | 6,17% | 6,09% | 10,51% | 9,46% | 9,34% |
| 32 | 7,41% | 5,58% | 5,39% | 15,74% | 13,18% | 12,91% |
| 33 | 7,41% | 5,58% | 5,39% | 15,74% | 13,18% | 12,91% |
| 34 | 7,41% | 5,58% | 5,39% | 15,74% | 13,18% | 12,91% |
| 35 | 7,91% | 6,02% | 5,82% | 16,07% | 13,62% | 13,36% |
| 36 | 8,40% | 6,46% | 6,25% | 16,40% | 14,07% | 13,82% |
| 37 | 8,90% | 6,90% | 6,68% | 16,73% | 14,52% | 14,27% |
| 38 | 8,90% | 6,90% | 6,68% | 16,73% | 14,52% | 14,27% |
| 39 | 8,90% | 6,90% | 6,68% | 16,73% | 14,52% | 14,27% |
| 40 | 6,28% | 4,90% | 4,75% | 11,56% | 10,09% | 9,92% |
| 41 | 3,71% | 2,93% | 2,85% | 6,63% | 5,83% | 5,73% |
| 42 | 1,21% | 1,01% | 0,98% | 1,91% | 1,73% | 1,70% |
| 43 | 1,21% | 1,01% | 0,98% | 1,91% | 1,73% | 1,70% |
| 44 | 1,21% | 1,01% | 0,98% | 1,91% | 1,73% | 1,70% |
| 45 | 3,66% | 3,23% | 3,18% | 5,12% | 4,74% | 4,69% |
| 46 | 6,17% | 5,50% | 5,42% | 8,43% | 7,84% | 7,77% |
| 47 | 8,73% | 7,82% | 7,72% | 11,84% | 11,03% | 10,94% |
| 48 | 8,73% | 7,82% | 7,72% | 11,84% | 11,03% | 10,94% |
| 49 | 8,73% | 7,82% | 7,72% | 11,84% | 11,03% | 10,94% |
| 50 | 7,87% | 7,14% | 7,05% | 10,34% | 9,70% | 9,63% |
| 51 | 7,01% | 6,46% | 6,39% | 8,85% | 8,38% | 8,33% |
| 52 | 6,16% | 5,78% | 5,74% | 7,39% | 7,08% | 7,04% |
| 53 | 6,16% | 5,78% | 5,74% | 7,39% | 7,08% | 7,04% |
| 54 | 6,16% | 5,78% | 5,74% | 7,39% | 7,08% | 7,04% |
| 55 | 10,57% | 10,23% | 10,19% | 11,67% | 11,40% | 11,36% |
| 56 | 15,17% | 14,87% | 14,83% | 16,13% | 15,89% | 15,86% |
| 57 | 19,95% | 19,70% | 19,67% | 20,76% | 20,56% | 20,54% |
| 58 | 19,95% | 19,70% | 19,67% | 20,76% | 20,56% | 20,54% |
| 59 | 19,95% | 19,70% | 19,67% | 20,76% | 20,56% | 20,54% |
| 60 | 19,95% | 19,70% | 19,67% | 20,76% | 20,56% | 20,54% |
| 61 | 23,06% | 22,88% | 22,86% | 23,61% | 23,47% | 23,46% |
| 62 | 26,24% | 26,15% | 26,14% | 26,52% | 26,45% | 26,44% |
| 63 | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% |
| 64 | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% |

| REENQUADRAMENTO TARIFÁRIO TRIANUAL % - DIÁRIAS ENTRE R\$ 150,01 E R\$ 200,00 | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|
| IDADE | MASCULINO GRUPO A | MASCULINO GRUPO B | MASCULINO GRUPO C | FEMININO GRUPO A | FEMININO GRUPO B | FEMININO GRUPO C |
| Até 29 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| 30 | 2,16% | 2,53% | 2,57% | 0,45% | 0,98% | 1,04% |
| 31 | 6,67% | 5,89% | 5,80% | 10,10% | 9,07% | 8,96% |
| 32 | 6,70% | 4,94% | 4,76% | 14,75% | 12,25% | 11,99% |
| 33 | 6,70% | 4,94% | 4,76% | 14,75% | 12,25% | 11,99% |
| 34 | 6,70% | 4,94% | 4,76% | 14,75% | 12,25% | 11,99% |
| 35 | 7,17% | 5,35% | 5,16% | 15,13% | 12,73% | 12,47% |
| 36 | 7,65% | 5,76% | 5,56% | 15,51% | 13,21% | 12,95% |
| 37 | 8,13% | 6,18% | 5,96% | 15,90% | 13,69% | 13,44% |
| 38 | 8,13% | 6,18% | 5,96% | 15,90% | 13,69% | 13,44% |
| 39 | 8,13% | 6,18% | 5,96% | 15,90% | 13,69% | 13,44% |
| 40 | 5,74% | 4,40% | 4,25% | 11,01% | 9,53% | 9,36% |
| 41 | 3,41% | 2,65% | 2,57% | 6,32% | 5,51% | 5,42% |
| 42 | 1,13% | 0,93% | 0,91% | 1,84% | 1,65% | 1,63% |
| 43 | 1,13% | 0,93% | 0,91% | 1,84% | 1,65% | 1,63% |
| 44 | 1,13% | 0,93% | 0,91% | 1,84% | 1,65% | 1,63% |
| 45 | 3,50% | 3,07% | 3,02% | 4,98% | 4,59% | 4,54% |
| 46 | 5,91% | 5,24% | 5,17% | 8,21% | 7,61% | 7,54% |
| 47 | 8,39% | 7,47% | 7,37% | 11,54% | 10,72% | 10,62% |
| 48 | 8,39% | 7,47% | 7,37% | 11,54% | 10,72% | 10,62% |
| 49 | 8,39% | 7,47% | 7,37% | 11,54% | 10,72% | 10,62% |
| 50 | 7,59% | 6,86% | 6,77% | 10,10% | 9,45% | 9,37% |
| 51 | 6,80% | 6,25% | 6,18% | 8,68% | 8,20% | 8,14% |
| 52 | 6,02% | 5,64% | 5,59% | 7,27% | 6,96% | 6,92% |
| 53 | 6,02% | 5,64% | 5,59% | 7,27% | 6,96% | 6,92% |
| 54 | 6,02% | 5,64% | 5,59% | 7,27% | 6,96% | 6,92% |
| 55 | 10,45% | 10,10% | 10,06% | 11,57% | 11,29% | 11,25% |
| 56 | 15,06% | 14,75% | 14,72% | 16,04% | 15,79% | 15,76% |
| 57 | 19,86% | 19,60% | 19,57% | 20,69% | 20,48% | 20,46% |
| 58 | 19,86% | 19,60% | 19,57% | 20,69% | 20,48% | 20,46% |
| 59 | 19,86% | 19,60% | 19,57% | 20,69% | 20,48% | 20,46% |
| 60 | 19,86% | 19,60% | 19,57% | 20,69% | 20,48% | 20,46% |
| 61 | 22,99% | 22,81% | 22,79% | 23,56% | 23,42% | 23,40% |
| 62 | 26,21% | 26,11% | 26,10% | 26,50% | 26,42% | 26,41% |
| 63 | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% |
| 64 | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% |

| REENQUADRAMENTO TARIFÁRIO TRIANUAL % - DIÁRIAS ENTRE R\$ 200,01 E R\$ 250,00 | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| IDADE | MASCULINO GRUPO A | MASCULINO GRUPO B | MASCULINO GRUPO C | FEMININO GRUPO A | FEMININO GRUPO B | FEMININO GRUPO C |
| Até 29 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| 30 | 2,29% | 2,65% | 2,69% | 0,63% | 1,15% | 1,20% |
| 31 | 6,40% | 5,64% | 5,57% | 9,75% | 8,74% | 8,63% |
| 32 | 6,09% | 4,41% | 4,23% | 13,90% | 11,47% | 11,21% |
| 33 | 6,09% | 4,41% | 4,23% | 13,90% | 11,47% | 11,21% |
| 34 | 6,09% | 4,41% | 4,23% | 13,90% | 11,47% | 11,21% |
| 35 | 6,54% | 4,79% | 4,60% | 14,32% | 11,96% | 11,70% |
| 36 | 7,00% | 5,17% | 4,97% | 14,73% | 12,45% | 12,20% |
| 37 | 7,46% | 5,55% | 5,34% | 15,15% | 12,95% | 12,70% |
| 38 | 7,46% | 5,55% | 5,34% | 15,15% | 12,95% | 12,70% |
| 39 | 7,46% | 5,55% | 5,34% | 15,15% | 12,95% | 12,70% |
| 40 | 5,28% | 3,96% | 3,82% | 10,51% | 9,03% | 8,86% |
| 41 | 3,15% | 2,40% | 2,32% | 6,05% | 5,24% | 5,15% |
| 42 | 1,07% | 0,87% | 0,84% | 1,78% | 1,59% | 1,57% |
| 43 | 1,07% | 0,87% | 0,84% | 1,78% | 1,59% | 1,57% |
| 44 | 1,07% | 0,87% | 0,84% | 1,78% | 1,59% | 1,57% |
| 45 | 3,35% | 2,92% | 2,87% | 4,85% | 4,45% | 4,41% |
| 46 | 5,69% | 5,02% | 4,95% | 8,01% | 7,40% | 7,33% |
| 47 | 8,08% | 7,16% | 7,06% | 11,27% | 10,43% | 10,33% |
| 48 | 8,08% | 7,16% | 7,06% | 11,27% | 10,43% | 10,33% |
| 49 | 8,08% | 7,16% | 7,06% | 11,27% | 10,43% | 10,33% |
| 50 | 7,35% | 6,61% | 6,53% | 9,89% | 9,22% | 9,14% |
| 51 | 6,62% | 6,06% | 5,99% | 8,52% | 8,03% | 7,97% |
| 52 | 5,89% | 5,51% | 5,47% | 7,17% | 6,84% | 6,80% |
| 53 | 5,89% | 5,51% | 5,47% | 7,17% | 6,84% | 6,80% |
| 54 | 5,89% | 5,51% | 5,47% | 7,17% | 6,84% | 6,80% |
| 55 | 10,33% | 9,98% | 9,94% | 11,48% | 11,19% | 11,15% |
| 56 | 14,96% | 14,65% | 14,61% | 15,96% | 15,71% | 15,67% |
| 57 | 19,77% | 19,51% | 19,48% | 20,62% | 20,41% | 20,38% |
| 58 | 19,77% | 19,51% | 19,48% | 20,62% | 20,41% | 20,38% |
| 59 | 19,77% | 19,51% | 19,48% | 20,62% | 20,41% | 20,38% |
| 60 | 19,77% | 19,51% | 19,48% | 20,62% | 20,41% | 20,38% |
| 61 | 22,93% | 22,75% | 22,73% | 23,51% | 23,37% | 23,35% |
| 62 | 26,18% | 26,08% | 26,07% | 26,47% | 26,40% | 26,39% |
| 63 | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% |
| 64 | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% |

| REENQUADRAMENTO TARIFÁRIO TRIANUAL % - DIÁRIAS ENTRE R\$ 250,01 E R\$ 300,00 | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|
| IDADE | MASCULINO GRUPO A | MASCULINO GRUPO B | MASCULINO GRUPO C | FEMININO GRUPO A | FEMININO GRUPO B | FEMININO GRUPO C |
| Até 29 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| 30 | 3,02% | 3,29% | 3,31% | 1,70% | 2,12% | 2,16% |
| 31 | 4,86% | 4,28% | 4,22% | 7,63% | 6,76% | 6,66% |
| 32 | 2,70% | 1,45% | 1,32% | 8,88% | 6,89% | 6,68% |
| 33 | 2,70% | 1,45% | 1,32% | 8,88% | 6,89% | 6,68% |
| 34 | 2,70% | 1,45% | 1,32% | 8,88% | 6,89% | 6,68% |
| 35 | 2,96% | 1,60% | 1,46% | 9,39% | 7,38% | 7,16% |
| 36 | 3,23% | 1,75% | 1,60% | 9,90% | 7,86% | 7,64% |
| 37 | 3,49% | 1,90% | 1,73% | 10,42% | 8,34% | 8,12% |
| 38 | 3,49% | 1,90% | 1,73% | 10,42% | 8,34% | 8,12% |
| 39 | 3,49% | 1,90% | 1,73% | 10,42% | 8,34% | 8,12% |
| 40 | 2,53% | 1,42% | 1,30% | 7,31% | 5,89% | 5,74% |
| 41 | 1,58% | 0,94% | 0,87% | 4,29% | 3,50% | 3,41% |
| 42 | 0,64% | 0,46% | 0,44% | 1,36% | 1,15% | 1,13% |
| 43 | 0,64% | 0,46% | 0,44% | 1,36% | 1,15% | 1,13% |
| 44 | 0,64% | 0,46% | 0,44% | 1,36% | 1,15% | 1,13% |
| 45 | 2,43% | 2,03% | 1,99% | 3,97% | 3,54% | 3,49% |
| 46 | 4,26% | 3,63% | 3,56% | 6,65% | 5,98% | 5,91% |
| 47 | 6,11% | 5,25% | 5,16% | 9,39% | 8,49% | 8,38% |
| 48 | 6,11% | 5,25% | 5,16% | 9,39% | 8,49% | 8,38% |
| 49 | 6,11% | 5,25% | 5,16% | 9,39% | 8,49% | 8,38% |
| 50 | 5,76% | 5,06% | 4,98% | 8,40% | 7,67% | 7,59% |
| 51 | 5,41% | 4,87% | 4,80% | 7,41% | 6,86% | 6,80% |
| 52 | 5,05% | 4,67% | 4,63% | 6,43% | 6,06% | 6,02% |
| 53 | 5,05% | 4,67% | 4,63% | 6,43% | 6,06% | 6,02% |
| 54 | 5,05% | 4,67% | 4,63% | 6,43% | 6,06% | 6,02% |
| 55 | 9,57% | 9,22% | 9,18% | 10,82% | 10,48% | 10,44% |
| 56 | 14,28% | 13,97% | 13,94% | 15,38% | 15,09% | 15,06% |
| 57 | 19,20% | 18,93% | 18,90% | 20,14% | 19,89% | 19,86% |
| 58 | 19,20% | 18,93% | 18,90% | 20,14% | 19,89% | 19,86% |
| 59 | 19,20% | 18,93% | 18,90% | 20,14% | 19,89% | 19,86% |
| 60 | 19,20% | 18,93% | 18,90% | 20,14% | 19,89% | 19,86% |
| 61 | 22,54% | 22,35% | 22,33% | 23,18% | 23,01% | 22,99% |
| 62 | 25,97% | 25,88% | 25,87% | 26,30% | 26,21% | 26,20% |
| 63 | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% |
| 64 | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% |

| REENQUADRAMENTO TARIFÁRIO TRIANUAL % - DIÁRIAS ENTRE R\$ 300,01 E R\$ 350,00 | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| IDADE | MASCULINO GRUPO A | MASCULINO GRUPO B | MASCULINO GRUPO C | FEMININO GRUPO A | FEMININO GRUPO B | FEMININO GRUPO C |
| Até 29 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| 30 | 3,32% | 3,55% | 3,58% | 2,18% | 2,89% | 2,59% |
| 31 | 4,20% | 3,70% | 3,65% | 6,64% | 5,79% | 5,77% |
| 32 | 1,28% | 0,22% | 0,11% | 6,62% | 4,25% | 4,70% |
| 33 | 1,28% | 0,22% | 0,11% | 6,62% | 4,25% | 4,70% |
| 34 | 1,28% | 0,22% | 0,11% | 6,62% | 4,25% | 4,70% |
| 35 | 1,41% | 0,24% | 0,12% | 7,09% | 4,86% | 5,09% |
| 36 | 1,55% | 0,26% | 0,12% | 7,57% | 5,48% | 5,49% |
| 37 | 1,68% | 0,28% | 0,13% | 8,05% | 6,10% | 5,89% |
| 38 | 1,68% | 0,28% | 0,13% | 8,05% | 6,10% | 5,89% |
| 39 | 1,68% | 0,28% | 0,13% | 8,05% | 6,10% | 5,89% |
| 40 | 1,26% | 0,27% | 0,17% | 5,69% | 4,34% | 4,20% |
| 41 | 0,85% | 0,27% | 0,20% | 3,38% | 2,62% | 2,54% |
| 42 | 0,43% | 0,26% | 0,24% | 1,12% | 0,92% | 0,90% |
| 43 | 0,43% | 0,26% | 0,24% | 1,12% | 0,92% | 0,90% |
| 44 | 0,43% | 0,26% | 0,24% | 1,12% | 0,92% | 0,90% |
| 45 | 1,97% | 1,60% | 1,55% | 3,48% | 3,05% | 3,00% |
| 46 | 3,54% | 2,95% | 2,89% | 5,88% | 5,22% | 5,14% |
| 47 | 5,13% | 4,32% | 4,24% | 8,35% | 7,43% | 7,33% |
| 48 | 5,13% | 4,32% | 4,24% | 8,35% | 7,43% | 7,33% |
| 49 | 5,13% | 4,32% | 4,24% | 8,35% | 7,43% | 7,33% |
| 50 | 4,96% | 4,30% | 4,23% | 7,56% | 6,83% | 6,74% |
| 51 | 4,79% | 4,27% | 4,22% | 6,78% | 6,22% | 6,16% |
| 52 | 4,62% | 4,25% | 4,21% | 6,01% | 5,62% | 5,58% |
| 53 | 4,62% | 4,25% | 4,21% | 6,01% | 5,62% | 5,58% |
| 54 | 4,62% | 4,25% | 4,21% | 6,01% | 5,62% | 5,58% |
| 55 | 9,17% | 8,84% | 8,50% | 10,43% | 10,09% | 10,05% |
| 56 | 13,93% | 13,63% | 13,59% | 15,05% | 14,74% | 14,70% |
| 57 | 18,89% | 18,63% | 18,60% | 19,85% | 19,59% | 19,56% |
| 58 | 18,89% | 18,63% | 18,60% | 19,85% | 19,59% | 19,56% |
| 59 | 18,89% | 18,63% | 18,60% | 19,85% | 19,59% | 19,56% |
| 60 | 18,89% | 18,63% | 18,60% | 19,85% | 19,59% | 19,56% |
| 61 | 22,33% | 22,15% | 22,13% | 22,98% | 22,81% | 22,78% |
| 62 | 25,86% | 25,77% | 25,76% | 26,20% | 26,11% | 26,10% |
| 63 | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% |
| 64 | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% |

| REENQUADRAMENTO TARIFÁRIO TRIANUAL % - DIÁRIAS ENTRE R\$ 350,01 E R\$ 600,00 | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|
| IDADE | MASCULINO GRUPO A | MASCULINO GRUPO B | MASCULINO GRUPO C | FEMININO GRUPO A | FEMININO GRUPO B | FEMININO GRUPO C |
| Até 29 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| 30 | 3,19% | 3,44% | 3,47% | 1,97% | 2,37% | 2,41% |
| 31 | 4,48% | 3,94% | 3,89% | 7,06% | 6,24% | 6,15% |
| 32 | 1,87% | 0,73% | 0,61% | 7,57% | 5,73% | 5,53% |
| 33 | 1,87% | 0,73% | 0,61% | 7,57% | 5,73% | 5,53% |
| 34 | 1,87% | 0,73% | 0,61% | 7,57% | 5,73% | 5,53% |
| 35 | 2,06% | 0,81% | 0,68% | 8,07% | 6,17% | 5,97% |
| 36 | 2,26% | 0,89% | 0,74% | 8,57% | 6,61% | 6,40% |
| 37 | 2,45% | 0,96% | 0,81% | 9,07% | 7,06% | 6,84% |
| 38 | 2,45% | 0,96% | 0,81% | 9,07% | 7,06% | 6,84% |
| 39 | 2,45% | 0,96% | 0,81% | 9,07% | 7,06% | 6,84% |
| 40 | 1,80% | 0,76% | 0,64% | 6,39% | 5,01% | 4,86% |
| 41 | 1,16% | 0,55% | 0,48% | 3,78% | 3,00% | 2,91% |
| 42 | 0,52% | 0,34% | 0,32% | 1,23% | 1,02% | 1,00% |
| 43 | 0,52% | 0,34% | 0,32% | 1,23% | 1,02% | 1,00% |
| 44 | 0,52% | 0,34% | 0,32% | 1,23% | 1,02% | 1,00% |
| 45 | 2,17% | 1,78% | 1,74% | 3,69% | 3,26% | 3,21% |
| 46 | 3,85% | 3,24% | 3,17% | 6,22% | 5,55% | 5,48% |
| 47 | 5,55% | 4,72% | 4,63% | 8,81% | 7,89% | 7,79% |
| 48 | 5,55% | 4,72% | 4,63% | 8,81% | 7,89% | 7,79% |
| 49 | 5,55% | 4,72% | 4,63% | 8,81% | 7,89% | 7,79% |
| 50 | 5,30% | 4,62% | 4,55% | 7,93% | 7,20% | 7,11% |
| 51 | 5,05% | 4,53% | 4,47% | 7,06% | 6,50% | 6,44% |
| 52 | 4,81% | 4,43% | 4,39% | 6,19% | 5,82% | 5,77% |
| 53 | 4,81% | 4,43% | 4,39% | 6,19% | 5,82% | 5,77% |
| 54 | 4,81% | 4,43% | 4,39% | 6,19% | 5,82% | 5,77% |
| 55 | 9,35% | 9,00% | 8,96% | 10,60% | 10,26% | 10,22% |
| 56 | 14,08% | 13,78% | 13,74% | 15,19% | 14,89% | 14,86% |
| 57 | 19,02% | 18,76% | 18,73% | 19,98% | 19,72% | 19,69% |
| 58 | 19,02% | 18,76% | 18,73% | 19,98% | 19,72% | 19,69% |
| 59 | 19,02% | 18,76% | 18,73% | 19,98% | 19,72% | 19,69% |
| 60 | 19,02% | 18,76% | 18,73% | 19,98% | 19,72% | 19,69% |
| 61 | 22,42% | 22,24% | 22,22% | 23,07% | 22,90% | 22,88% |
| 62 | 25,91% | 25,82% | 25,81% | 26,25% | 26,16% | 26,15% |
| 63 | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% | 24,75% |
| 64 | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% | 20,17% |

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETO

1.1 Esta Condição Especial tem por objeto garantir a prestação de serviços de assistência funeral, ou caso não seja solicitada, o reembolso das despesas com gastos funerários, na hipótese de ocorrência do falecimento do Segurado, conforme previsto nesta Condição Especial, desde que não esteja abrangida pela item 3 - Dos Riscos Excluídos e respeitadas as demais condições contratuais, até o limite estabelecido na apólice

1.2 O serviço de Assistência Funeral será concedido para:

- a) plano individual: ao segurado principal (excluído cônjuge e filhos); e
- b) plano familiar: ao segurado principal, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a) e os **filhos menores de 18 anos** e dependentes legais.

2. COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

2.1 Esta cobertura prevê, para os casos de morte do Segurado e/ou Familiares (se contratado Plano Familiar), o reembolso de despesas com funeral **ou a** prestação de serviços de assistência funeral, até o limite estabelecido na apólice.

2.2 O Beneficiário poderá optar pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, sem qualquer direito a reembolso posterior.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura desta Condição Especial:

- a) **inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremotos, movimentos sísmicos;**
- b) **ocorrências de irradiação decorrentes de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade, bem como casos de força maior;**
- c) **ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves e quaisquer outras perturbações de ordem pública. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar, de atos de humanidade em auxílio de outrem, no exercício legal de prática de esportes ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;**
- d) **suicídio do Segurado cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- e) **translado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município onde a cremação possa ser efetuada;**
- f) **pedidos de assistência durante o período de carência, estabelecido no item 4 desta Condição Especial;**
- g) **aquisição de jazigo;**
- h) **a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;**
- i) **doenças preexistentes à contratação do Seguro que já eram de conhecimento do segurado e que não foram declaradas na Proposta de contratação;**
- j) **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; e,**
- k) **eventos decorrentes de ato ilícito doloso praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante de um ou de outro.**

4. CARÊNCIA

O período de carência para o pagamento do reembolso de despesas com funeral, ou para prestação do serviço de assistência,

será de 30 (trinta) dias, contado do início de Vigência da cobertura, **exceto para os casos de acidente.**

5. REEMBOLSO

5.1 Em caso de falecimento do Segurado, o pedido de reembolso deverá ser requerido diretamente à Seguradora, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral;
- b) cópias autenticadas do CPF e RG do Custeador e do Segurado;
- c) cópia autenticada da certidão de óbito do(a) falecido (a).

5.2 O reembolso será único e limitado ao valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas.

5.3 Demais despesas decorrentes da compra do jazigo, tais como taxas de manutenção, **NÃO** serão de responsabilidade da Seguradora.

6. PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

6.1 Caso a opção dos familiares não seja pelo reembolso, mas pela utilização dos serviços prestados pela empresa credenciada, estes poderão telefonar "a cobrar" para a Central de Atendimento do Serviço de Assistência, fornecendo os seguintes dados:

- a) nome do Segurado e nº da apólice correspondente;
- b) o local e o número do telefone onde o Serviço de Assistência poderá encontrar os familiares ou representantes do(a) falecido (a); e
- c) os documentos necessários para comprovar a vínculo familiar.

6.2 Se a ligação "a cobrar" não for possível, as despesas de comunicações com a Central de Atendimento serão reembolsadas mediante apresentação dos comprovantes originais dos gastos telefônicos.

6.3 Os familiares deverão cooperar com o Serviço de Assistência a fim de possibilitar a prestação dos serviços mencionados nesta Condição Especial. Caso o Serviço de Assistência necessite do envio de documentos complementares para o cumprimento de eventuais formalidades, referidas despesas serão custeadas pela prestadora..,

7. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

7.1 Assessoria para as Formalidades Administrativas

O Serviço de Assistência dirigir-se-á à residência/hospital do óbito, para providenciar todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do Município. Estes documentos serão encaminhados até a funerária do Município que tomará as medidas necessárias para a realização do funeral, entregando à família a respectiva documentação, posicionando-a das providências tomadas. Será solicitado o acompanhamento de uma pessoa da família, caso o Serviço de Assistência julgue necessário.

7.2 Carro Funerário

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família um carro funerário para transporte do corpo desde o local do óbito até o local do velório e depois até o local onde se fará o sepultamento ou cremação desde que dentro do mesmo Município.

7.3 Coroa de Flores

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma coroa de flores da época, juntamente com uma faixa de dizeres redigida pela família.

7.4 Locação de Jazigo

Caso a família não disponha de local para o sepultamento, o Serviço de Assistência se responsabilizará pela locação de um jazigo, por um período de 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local.

7.5 Mesa de Condolências

O Serviço de Assistência providenciará uma mesa onde será colocado o livro de presença.

7.6 Ornamentação de Urna

O Serviço de Assistência colocará a disposição da família, flores da época para o interior da urna, bem como vestirá o corpo se assim a família desejar.

7.7 Paramentos

O Serviço de Assistência se responsabilizará pelos castiçais e velas que acompanham a urna bem como pelos aparelhos de ozona.

7.8 Passagem para um Parente

Caso a família do Segurado opte por fazer o sepultamento no local do evento e, não sendo este o Município de domicílio do Segurado, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem aérea - classe econômica - ou rodoviária, para uma pessoa da família acompanhar o sepultamento.

7.9 Preparação do Corpo

O Serviço de Assistência fará a preparação do corpo, se assim a família desejar, que inclui: banho, barba, vestimenta, tamponamento, desodorização, tanatopraxia (aplicação de formol).

7.10 Registro de Óbito

O Serviço de Assistência efetuará o registro do óbito em cartório, acompanhado de uma pessoa da família, se necessário.

7.11 Sepultamento ou Cremação

O Serviço de Assistência providenciará o sepultamento no túmulo ou jazigo, podendo ainda o Segurado ser cremado, caso esta opção tenha sido formalizada em vida, com documentação pertinente.

7.11.1 O Serviço de Assistência não se responsabilizará e não arcará com despesas pela exumação dos corpos que estejam no jazigo quando do sepultamento.

7.11.2 A cremação sempre será de responsabilidade do Serviço de Assistência. Caso o óbito ocorra ou o Segurado resida em Município que não disponha deste serviço, tendo a família optado pela cremação, deverá arcar com o traslado do corpo desde o local do evento até o local da cremação.

7.12 Serviço de Retorno ou Repatriamento de Corpo

Em caso de falecimento do Segurado durante viagem, o Serviço de Assistência atenderá às formalidades necessárias para o retorno ou repatriamento do corpo, transportando-o em esquite standard até o Município de domicílio do Segurado.

7.13 Urna ou Caixão

O Serviço de Assistência garante o pagamento da urna ou caixão dentro do valor estipulado contratado.

7.14 Velório

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma sala velatória ou capela, conforme o local.

7.15 Todas as taxas envolvidas na prestação do Serviço estarão cobertas, respeitando o limite da importância segurada estabelecida no item 5.2 e na apólice para esta cobertura e desde que devidamente comprovadas.

8. LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

8.1 Estão limitados os Serviços de Assistência nos seguintes casos:

a) não poderão ser prestados enquanto não houver cooperação por parte dos familiares do Falecido ou outrem que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Atendimento. São considerados dados imprescindíveis ao atendimento, a informação do nome,

endereço e nº da apólice do Segurado e outros que vierem a se tornar necessários.

b) caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento ou cremação no local do evento, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem para um pessoa da família e reembolsará os gastos efetuados com o sepultamento ou cremação, até o limite estabelecido na apólice, mediante entrega dos comprovantes originais das respectivas despesas.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A Cobertura Adicional de Assistência Funeral é devida ao Segurado (e seus dependentes, quando contratado o plano familiar) residente no Brasil, quando o óbito ocorrer dentro ou fora de seu Município de domicílio permanente, ou ainda, em viagens ao exterior.

10. DISPOSIÇÃO FINAL

10.1 O pagamento da Assistência Funeral não obriga a Seguradora a garantir o pagamento das demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10.2 Aplicam-se a esta Condição Adicional, no que não conflitam, todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro de Acidentes Pessoais Individual Plus.

GARANTIA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA

1. GARANTIA

1.1 A presente Garantia adicional tem por objetivo garantir, no caso de Morte Acidental do Segurado, desde que coberta pela Garantia Básica deste plano de Seguro, o direito ao recebimento de 12 cestas básicas, nos valores estabelecidos na Proposta de Contratação, a ser(em) concedida(s) ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado.

1.2 O pagamento da indenização será feito em reais, em moeda corrente no país.

1.3 O índice de atualização utilizado para o reajuste do valor das cestas básicas serão o constante no subitem 9.1 das Condições Gerais da Garantia Básica.

1.4 Esta Garantia Adicional não é extensiva à cobertura por Invalidez por Acidente.

2. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

2.1 A cobertura desta Garantia Adicional é válida em todo Globo terrestre.

3. CESSAÇÃO DA GARANTIA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA

3.1 A cobertura dada por esta Garantia adicional cessará:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta Garantia Adicional;
- c) com a utilização integral, pelo beneficiário, das cestas básicas garantidas por esta Garantia adicional.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1 O(s) beneficiário(s), será(ão) aquele(s) designado(s) na Proposta de Contratação.

4.2 Havendo mais de um beneficiário designado, a cesta básica será concedida de acordo com os respectivos percentuais assinalados pelo segurado, ressalvada a possibilidade de ser nomeado um único beneficiário para receber a cesta básica em sua totalidade, mediante autorização expressa dos demais no momento do aviso de sinistro.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro, deverá ser comunicado imediatamente pelo(s) beneficiário(s) ou representante, através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.

5.2 Na comunicação, por carta ou telegrama, deverá constar data, hora, local e causa do sinistro.

5.3 A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera o representante do Segurado ou seus beneficiários da obrigação de apresentar o formulário "AVISO DE SINISTRO".

5.4 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado dos documentos abaixo relacionados:

- a) aviso de Sinistro devidamente preenchido pelo representante ou beneficiário(s);
- b) cópia autenticada da Certidão de óbito;
- c) cópia simples do CPF e RG do falecido;
- d) cópia simples da Certidão de Casamento com data atualizada, ou seja, extraída após o óbito (no caso de esposa(o));
- e) declaração de união estável registrada em Cartório, informando que viveu com o falecido até a data do óbito (no caso de

companheira(o));

f) cópia simples do CPF, RG e comprovante de residência do "beneficiário"; e

g) autorização para eventual crédito em conta corrente em nome do beneficiário.

6. AVALIAÇÕES DA TAXA

6.1 A Seguradora efetuará avaliações anuais da taxa utilizada para o cálculo do prêmio desta Garantia adicional, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da apólice.

6.2 Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do segurado, a taxa reajustada será aplicada a partir do próximo aniversário anual de cada apólice em vigor nesta Seguradora,, desde que comunicada mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice, mediante anuência expressa do segurado.

7. DISPOSIÇÃO FINAL

Aplicam-se a esta garantia adicional, no que não conflitarem, todas as demais disposições deste contrato de seguro.

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA por INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETO DO SEGURO

Esta cobertura tem por objeto o pagamento de um capital segurado, relativo às diárias de internação hospitalar, limitado ao valor contratado, em decorrência de acidente coberto, utilizadas exclusivamente pelo Segurado, respeitado o prazo de franquia previsto no item 7 desta cobertura adicional.

2. COBERTURA

2.1 A cobertura de Diária por Internação Hospitalar garante o pagamento de um capital segurado proporcional ao período de internação do segurado que, por motivo de tratamento clínico ou cirúrgico, não possa ser realizado em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, em decorrência de acidente coberto, respeitado o prazo de franquia previsto no item 7 desta cobertura adicional.

2.1.1 Esta cobertura não abrange as demais despesas decorrentes da internação hospitalar.

2.2 Esta cobertura é assegurada durante o período máximo previsto no item 3.2, salvo condições que determinem sua suspensão ou cancelamento, conforme definido nos itens 11 e 12 das Condições Gerais deste seguro de acidentes pessoais.

3. CAPITAL SEGURADO E LIMITAÇÃO DE COBERTURA

3.1 O valor do capital segurado, correspondente às Diárias por Internação Hospitalar, estará indicado na proposta de contratação do seguro e não poderá ser superior a R\$ 200,00 (duzentos reais).

3.2 O limite máximo do capital segurado será de até 180 diárias por vigência, devendo ser respeitada a quantidade de diárias definida na proposta de contratação, bem como as condições especificadas no item 5.4 desta condição especial.

3.3 Em caso de sinistro amparado por esta cobertura adicional, não haverá reintegração do limite máximo do capital segurado..

4. CESSAÇÃO DA COBERTURA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA

4.1 A presente cobertura adicional cessará:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta cobertura adicional;
- c) com a morte ou invalidez permanente total ou parcial por acidente do Segurado; e
- d) com o esgotamento das diárias para cada ano de vigência do Seguro, respeitadas as condições especificadas no item 5.4 desta condição especial.

5. PROCEDIMENTO PARA O PAGAMENTO DAS DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

5.1 Em caso de evento coberto por este Seguro, deverá ser comprovada a sua ocorrência, bem como todas as circunstâncias a ela relacionadas.

5.2 Os documentos pessoais deverão ser apresentados conforme especificado no item 6., sendo que o Aviso de Sinistro deverá ser apresentado em via original.

5.3 A análise para cobertura do evento ocorrerá quando o Segurado, ou alguém por ele indicado, comunicar a internação à Seguradora por meio de exames e relatórios do seu médico assistente. No referido relatório deverá constar a assinatura do médico assistente data, hora, local e motivo da internação, os dados clínicos que justifiquem o procedimento, o nome e o endereço do hospital ou da clínica onde foi realizada a internação do Segurado..

5.4 Não haverá o acúmulo de diárias caso haja mais de um evento que dê causa a internação hospitalar durante um mesmo período.

5.4.1 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas em todos eles e a soma desta limitar-se-á a 180 (cento e oitenta) diárias. Portanto, a soma das diárias por internações hospitalares pagas não poderão exceder 180 (cento e oitenta) diárias.

5.4.2 Nos casos em que o Segurado permanecer internado em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de Diárias por Internação Hospitalar que faltarem para completar o limite de 180 (cento e oitenta) diárias, correspondente à vigência anterior, respeitado o exposto no subitem 5.4.1. Nos casos em que a internação for decorrente de um novo evento, o limite de diárias será o da nova vigência da apólice, ou seja, 180 (cento e oitenta) diárias.

5.5 A comunicação do sinistro deverá ser feita por carta ou telegrama e referida providência não exonera o Segurado, ou seu representante, da obrigação de apresentar o formulário "AVISO DE SINISTRO".

5.6 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação básica listada no item 6, será de 30 (trinta) dias.

5.7 As documentações mencionadas no item 6 não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do evento. Quando isso ocorrer, o prazo para liquidação de que trata o item 5.6 ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

6. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

6.1 Sob pena de perder o direito ao capital segurado, o Segurado deverá comunicar a ocorrência do sinistro ao segurador, logo que o saiba, e tomará as providências imediatas para minorar-lhe as consequências, conforme artigo 771 do Código Civil.

6.2 Após a comunicação à Seguradora, deverão ser encaminhadas cópias autenticadas dos seguintes documentos básicos:

- a) CPF e carteira de identidade do Segurado;
- b) aviso de Sinistro preenchido pelo médico assistente, responsável e/ou alguém por ele indicado, contendo a descrição do evento, datado e assinado pelo Segurado;
- c) prontuário médico comprovando a internação hospitalar;
- d) relatório de procedimento de internação com a descrição do tratamento, prognóstico e alta médica definitiva;
- e) todos os exames realizados;
- f) cópia simples do comprovante de residência do Segurado.

7. FRANQUIA

Em cada sinistro amparado por esta cobertura adicional será aplicada a franquia correspondente a 1 (um) dia de internação hospitalar.

8. PAGAMENTO DAS DIÁRIAS CONTRATADAS

8.1 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no formulário aviso de sinistro, no relatório da instituição hospitalar e no relatório do médico responsável, que deverá especificar o prazo de internação.

8.2 Estando caracterizada a internação hospitalar nos termos destas condições especiais, a Seguradora efetuará o pagamento de diárias por internação hospitalar de acordo com o valor estabelecido na proposta de contratação, conforme indicado no item 8.2.1.

8.2.1 Quando a internação hospitalar for superior a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora, mediante relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo representante ou alguém por ele indicado, a cada 15 (quinze) dias.

8.3 Após o recebimento do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento de diárias por internação hospitalar correspondente ao período em que o Segurado estiver internado, a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica.

8.4 Nos casos em que o período de internação hospitalar superar os 30 (trinta) dias, a Seguradora providenciará um único pagamento correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu internado, a contar do 2º (segundo) dia da internação hospitalar até a sua alta médica.

8.5 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias a que o Segurado tiver direito, de acordo com o período de internação hospitalar, desde que assim justificadas por relatório médico e exames complementares ou auditoria médica, respeitando-se o capital segurado e o limite de diárias contratado, conforme previsto na proposta de contratação,

8.6 Em caso de morte ou invalidez permanente total ou parcial por acidente do Segurado, cessará automaticamente o direito ao pagamento das diárias por internação hospitalar por acidente a partir da data em que ocorrer a morte ou a constatação da referida invalidez.

9. AVALIAÇÃO DA TAXA

9.1 A Seguradora efetuará avaliações anuais da taxa utilizada para o cálculo do prêmio desta cobertura adicional, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada, com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da apólice.

9.2 Havendo necessidade de ajustes e preservados os direitos do segurado, a taxa reajustada será aplicada a partir do próximo aniversário anual de cada apólice em vigor nesta Seguradora, desde que comunicada mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice, mediante anuência expressa do segurado.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A cobertura de diária por internação hospitalar abrange todos os eventos ocorridos e cobertos no Brasil.

11. DISPOSIÇÃO FINAL

Aplicam-se a esta Condição Especial, no que não conflitarem, todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro Acidentes Pessoais Individual Plus.