



Minha Primeira Proteção Itaú

Condições Gerais



Prudential



Olá!

É muito bom poder apresentar um contrato que você vai ler e entender!

Temos o compromisso de entregar um documento que você possa compreender, consultar quando for necessário e, principalmente, encontrar resposta para dúvidas sempre que precisar.

Nas cláusulas (itens) a seguir, você não vai encontrar letras miúdas, palavras difíceis, muito técnicas nem frases longas e sem sentido.

O objetivo é que você leia, entenda e confie no produto.

CONDIÇÕES GERAIS



Clique nos tópicos para consultar um item

1.

Objetivo do seguro

2.

Características do seguro

3.

Documentos importantes

4.

O que o seguro cobre

5.

O que o seguro não cobre (riscos excluídos)

6.

Locais cobertos pelo seguro

7.

Idade da pessoa segurada

8.

Vigência (validade do seguro)

9.

Aceitação do seguro

10.

Declarações inexatas ou omissões

11.

Capital segurado

12.

Pagamento pelo seguro (cobranças)

13.

Renovação do seguro

14.

Período de não contestação

15.

Cancelamento do seguro

16.

Acionamento do seguro

17.

Opções para receber o benefício (indenização)

18.

Atualização dos valores do seguro

19.

Extrato

20.

Foro

21.

Disposições finais

22.

Explicação de termos técnicos

23.

Anexo

1 OBJETIVO DO SEGURO

Estas condições gerais compõem o contrato do seguro. O seguro tem por objetivo pagar à pessoa segurada ou às indicadas como beneficiárias valores em dinheiro, denominados benefício ou capital segurado (que é um tipo de indenização), caso ocorram situações previstas nestas condições gerais durante o período de vigência da apólice.

Essas situações são chamadas de coberturas contratadas e podem ser encontradas nestas condições gerais. São situações como doenças graves, que sempre geram consequências para a pessoa segurada e, por essa razão, o pagamento do benefício (capital segurado) vai contribuir para amenizar os impactos negativos.

Contratar um seguro é uma ótima forma de gerenciar as consequências dos riscos aos quais todos estamos sujeitos. Ninguém deve viver pensando em riscos, mas não se proteger deles e de suas consequências não é uma boa atitude. Por isso, contratar um seguro é uma decisão muito acertada!

2 CARACTERÍSTICAS DO SEGURO DE VIDA

Este seguro:

- é um contrato individual;
- tem características de proteção financeira, ou seja, se ocorrer qualquer hipótese de risco (coberturas contratadas), a pessoa segurada terá direito ao valor do capital segurado escolhido por ela no momento da contratação;
- é um produto personalizado, ou seja, foi contratado a partir de escolhas feitas por quem contratou o seguro como, por exemplo, a determinação do valor a ser pago em caso de evento coberto (coberturas contratadas).

Este seguro não é:

- previdência privada.
- plano de aposentadoria.
- plano de saúde.
- investimento financeiro com objetivo de rentabilidade
- capitalização com direito a participação em sorteios ou a resgate no final do período de contribuição.



Este seguro de vida não permite a portabilidade (mudança de seguradora com o mesmo contrato).

Não há previsão de portabilidade para este produto.

Não assegura atendimento médico, hospitalar ou laboratorial.

Como seguro, a apólice obedece a regras da Lei 15.040, de 2024, e dos reguladores, que são o Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP e a Superintendência de Seguros Privados – Susep. Em caso de dúvidas, entre em contato com nossos canais de atendimento.

É muito importante compreender corretamente o que foi contratado, os seus direitos e deveres, e os da Prudential. Isso é o que permitirá que as partes – pessoa segurada e seguradora – tenham confiança e cooperação recíprocas durante todo o período de vigência do seguro.

Este contrato de seguro não cobre quaisquer despesas ou gastos com prevenção, manutenção ou cuidados emergenciais de saúde da pessoa segurada.

3 DOCUMENTOS IMPORTANTES

A contratação deste seguro tem início com o preenchimento da proposta, que poderá ser aceita ou recusada de forma justificada. Se houver aprovação na análise do risco, o proponente passará a ser segurado da Prudential do Brasil e, como pessoa segurada, terá direito a uma apólice de seguro de vida. Esses dois documentos, proposta e apólice, são muito importantes e estão na [Área de Clientes](#).

Os dados fornecidos no momento do preenchimento da proposta de seguro são essenciais para a contratação.

A potencial pessoa segurada é obrigada a fornecer as informações necessárias à avaliação e aceitação da proposta, bem como para cálculo do valor do prêmio (também chamado de custo do seguro). A falta de informações poderá acarretar consequências negativas como: perda da garantia contratada ou necessidade de majoração do valor do custo do seguro.

Atenção

Confira os dados fornecidos e verifique se estão todos realmente corretos.



Em caso de divergências, altere na própria [Área de Clientes](#) ou entre em contato pelos nossos canais de atendimento. Exemplos de equívocos comuns: data de nascimento, nome da pessoa beneficiária, informações de saúde, entre outros. Todos precisam ser corrigidos caso tenham ocorrido informações divergentes ou incorretas.



Por determinação da Lei 15.040, de 2024, a pessoa segurada poderá perder o direito às coberturas contratadas se ficar provado que os dados fornecidos não estavam corretos.

Por isso, verifique os dados para poder efetuar a correção, caso tenha constatado algum equívoco.

4

O QUE O SEGURO COBRE



A apólice de seguro é composta pela cobertura principal, com valor de capital segurado específico, e as respectivas garantias desta cobertura.

Para ter direito às coberturas deste seguro de vida, é importante respeitar todas as cláusulas destas condições gerais.

Este é um seguro personalizado para atender às suas necessidades. O valor das parcelas a serem pagas podem ser diferentes de uma pessoa para outra, devido à análise do risco realizada pela seguradora.



A cobertura principal é composta de um grupo de garantias descritas a seguir, as quais não podem ser contratadas isoladamente.

4.1 Doenças graves e procedimentos médicos cobertos

A pessoa segurada pode receber o capital segurado contratado em caso de diagnóstico de doença grave coberta ou realização de procedimento médico coberto da [Lista de doenças graves e procedimentos médicos cobertos](#).

É necessário que a pessoa segurada sobreviva 30 (trinta) dias após o evento coberto (contados da data do recebimento de diagnóstico de uma doença grave ou da realização de um procedimento médico coberto) para ter direito à cobertura. Além disso, para algumas doenças cobertas, é preciso demonstrar:

- a) que as limitações da doença persistem por determinado tempo.
- b) a manutenção de terapia empregada.

Esta cobertura:

- a) tem como beneficiário a própria pessoa segurada;
- b) abrange apenas casos em que o diagnóstico tenha sido constatado e emitido pela primeira vez após a data de início de vigência desta cobertura, observados os riscos excluídos, o período de carência e demais termos destas condições gerais;
- c) não prevê reintegração de capital;
- d) somente poderá ser solicitada de forma voluntária pela pessoa segurada ou por seu representante legal a partir do preenchimento da solicitação de benefício, em formulário apropriado, fornecido pela seguradora.

Lista de doenças graves e procedimentos médicos cobertos:

I. Câncer

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizada pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico inscrito em sociedade de especialidade e evidenciado por exame histológico conclusivo.

O termo “câncer” também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a enfermidade de Hodgkin.

As exclusões para câncer são:

- | | |
|---|--|
| a) qualquer grau ou estágio de neoplasia intraepitelial cervical (NIC); | f) melanoma maligno com índice de Clark I ou II, ou índice de espessura de Breslow menor do que 0,76 mm; |
| b) qualquer tumor ou lesão pré-maligna; | g) carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0 e; |
| c) todos os cânceres não invasivos (<i>in situ</i>); | h) qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus de imunodeficiência humana. |
| d) câncer de próstata no estágio I (T1a, 1b, 1c); | |
| e) carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas (espinoelular) de pele; | |

II. Cirurgia de revascularização miocárdica com implante de ponte(s) vascular(es) nas arteriais coronarianas (*Bypass*)

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

- ⤵ angioplastias;
- ⤵ outros procedimentos intra-arteriais e
- ⤵ cirurgia por toracotomia mínima.

Não está prevista a cobertura para o diagnóstico desta doença ou procedimento médico quando o segurado tiver idade inferior a 14 (quatorze) anos de idade.

III. Infarto agudo do miocárdio

É a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência concomitante dos seguintes critérios:

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

- o infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST, somente com elevação de troponina “I” ou “T”,
- outras síndromes coronarianas agudas (por exemplo, angina de peito estável ou instável) e;
- infarto do miocárdio silencioso.

IV. Insuficiência renal terminal

Etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou realização de transplante renal.

O diagnóstico deve ser indicado por um médico inscrito em sociedade médica especializada e confirmado por exames de imagem e/ou outros específicos para essa finalidade.

V. Acidente Vascular Cerebral (AVC)

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

As exclusões específicas para AVC são:

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| 1. Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas (p. ex.: Isquemia Cerebral Transitória – ICT); | 2. Dano traumático do cérebro; | 3. Infartos lacunares sem déficit neurológico e sintomas neurológicos provocados por enxaquecas. |
|--|---------------------------------------|---|

Não está prevista a cobertura para o diagnóstico desta doença ou procedimento médico quando o segurado tiver idade inferior a 14 (quatorze) anos de idade.

VI. Transplantes de órgãos

Transplante de órgãos em que a pessoa segurada recebe algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, intestino delgado ou medula óssea.

As exclusões para transplantes são:

- | | | |
|---|---|--|
| a) colocação de coração artificial, ainda que temporariamente, com objetivo de realizar um transplante definitivo no futuro; | b) o transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos; | d) o transplante de células-tronco (“células-mãe”); |
| | c) o autotransplante de medula; | e) o transplante de células-beta do pâncreas. |

VII. Paralisia

Perda total e irreversível do uso de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada por paralisia, apenas devido a acidente pessoal coberto que cause dano à integridade física da pessoa segurada ou doença envolvendo a medula espinhal. Essas condições devem ter sido medicamente documentadas por, pelo menos, 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.

A exclusão para paralisia é a paralisia provocada por síndrome de Guillain-Barré.

Não está prevista a cobertura para o diagnóstico desta doença ou procedimento médico quando o segurado tiver idade inferior a 14 (quatorze) anos de idade.

VIII. Cegueira ou perda da visão

Perda irreversível, total ou quase total, da visão de ambos os olhos, causada por acidente pessoal coberto que cause dano à integridade física da pessoa segurada ou doença. O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, feito por oftalmologista e evidenciado por exames específicos, obedecendo aos seguintes critérios relacionados a seguir:

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

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

Não está prevista a cobertura para o diagnóstico desta doença ou procedimento médico quando o segurado tiver idade inferior a 14 (quatorze) anos de idade.

IX. Cirurgia para troca de valvas cardíacas

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

As exclusões específicas para cirurgia de troca de valvas cardíacas são:

Cirurgias cardíacas em que apenas seja reparada a valva cardíaca, ou seja, cirurgias com preservação da valva, como comissurotomia, comissuroplastia, valvoplastias.

X. Cirurgia da aorta

Realização de cirurgia para correção de uma doença da artéria aorta que requeira a remoção e substituição do segmento afetado por prótese.

Para fins de definição, são considerados os segmentos torácico e abdominal da artéria aorta, mas não suas ramificações.

A realização da cirurgia da aorta deverá ser confirmada por médico inscrito em sociedade de especialidade médica.

XI. Esclerose múltipla

O diagnóstico de certeza de esclerose múltipla deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e feito por médico neurologista.

A doença deve ser demonstrada por sintomas típicos de desmielinização e prejuízo das funções motora e sensitiva, bem como achados típicos no exame de ressonância nuclear magnética.

A pessoa segurada deve apresentar:

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

Não está prevista a cobertura para o diagnóstico desta doença ou procedimento médico quando o segurado tiver idade inferior a 14 (quatorze) anos de idade.

XII. Surdez ou perda da audição

Perda irreversível, total ou profunda, da audição de ambos os ouvidos, causada por acidente pessoal coberto que cause dano à integridade física da pessoa segurada ou doença.

O diagnóstico deve ser feito por médico otorrinolaringologista inscrito em sociedade de especialidade médica e, evidenciado por exames audiológicos específicos (audiograma, BERA – audiometria de tronco cerebral, emissão otoacústica), obedecendo ao critério de:

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

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

XIII. Queimaduras graves

Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície do corpo da pessoa segurada. O diagnóstico deverá ser confirmado por médico inscrito em sociedade de especialidade médica e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.

Não está prevista a cobertura para o diagnóstico desta doença ou procedimento médico quando o segurado tiver idade inferior a 14 (quatorze) anos de idade.

5 O QUE O SEGURO NÃO COBRE (RISCOS EXCLUÍDOS) ⚠

Riscos excluídos são situações que o seguro não cobre. Caso aconteça um imprevisto decorrente de um risco excluído, a pessoa segurada ou beneficiária da apólice de seguro não terá direito ao recebimento do benefício ou devolução de valores. Estão excluídos de todas as coberturas (principal e adicionais) contratadas os eventos que tenham como causa:

a

Doenças ou lesões preexistentes, ou seja, que existiam antes da contratação deste seguro, eram do conhecimento da pessoa segurada e não foram declaradas na proposta.

b

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

c

Qualquer ato voluntário da pessoa segurada ou de seus responsáveis/representantes que os coloque em risco grave de lesão ou morte, considerando risco grave qualquer risco reconhecido comumente como perigoso, por tornar possível a morte ou lesões graves. Essa exclusão não é aplicada quando a pessoa segurada utilizar meio de transporte mais arriscado, prestar serviço militar, praticar esporte ou atos de humanidade em auxílio de outrem.



d

Atos ilícitos dolosos praticados pela pessoa responsável pelo pagamento, pela pessoa segurada ou pelos seus respectivos representantes. Nos seguros contratados ou custeados por pessoa jurídica, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, e respectivos representantes.

d

Uso de material nuclear para quaisquer finalidades, incluindo explosões nucleares, intencionais ou não, assim como contaminação radioativa ou exposição à radiação nuclear ou ionizante, exceto exposições terapêuticas e profissionais, desde que devidamente comprovadas.

f

Doenças ou lesões preexistentes, informações sobre esportes, hobbies e atividade profissional, praticados e desempenhados anteriormente à adesão à proposta de contratação, que poderiam ter influência na aceitação do risco ou no ajuste do valor das parcelas, não declaradas na proposta e já do conhecimento da pessoa segurada, que tenham influência direta ou indireta no evento ocorrido.

g

Diagnóstico de doença ou realização de procedimento médico decorrente de tentativa de suicídio da pessoa segurada, se ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos contados de vigência da apólice. Nestes casos, a seguradora poderá devolver, por solicitação da pessoa segurada, a [reserva matemática](#), se houver, ocasionando o cancelamento automático da cobertura.

h

Epidemias, endemias e pandemias declaradas por órgão competente, nacional ou internacional.

i

Danos e perdas causados direta e indiretamente por ato terrorista, de qualquer espécie, desde que o ato tenha sido reconhecido assim por autoridade competente, nacional ou internacional.

j

Fenômenos da natureza de caráter extraordinário, tais como inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestades, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos, movimentos sísmicos.

Este contrato de seguro não prevê cobertura para pessoas que estejam sob sanções econômicas aplicadas por autoridades de países estrangeiros. Antes da contratação do seguro, deve ser informado se a pessoa segurada estiver em listas de embargos ou sanções.

Além dos riscos excluídos previstos em [O que o seguro não cobre \(riscos excluídos\)](#), encontram-se expressamente excluídos da garantia de Doenças graves e procedimentos médicos cobertos:

- Diagnósticos concedidos pela própria pessoa segurada, seus dependentes, parentes ou pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com ela, ainda que sejam médicos profissionais habilitados ou com especialidade na doença especificada.
- Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado ou não tenha especialidade na doença em questão.
- Doenças profissionais.

6

LOCAIS COBERTOS PELO SEGURO



O seguro cobre situações ocorridas em qualquer parte do planeta.



7 IDADE DA PESSOA SEGURADA

A idade mínima para contratação da cobertura principal Minha Primeira Proteção Itaú é de 02 (dois) anos e a idade máxima de contratação é de 13 (treze) anos, com idade de saída aos 75 (setenta e cinco) anos.

 Período de pagamento	 Idade máxima de contratação
Por 5 anos	13 (treze) anos

Seguros para menores de 18 anos deverão ter representação ou assistência dos pais, tutores ou curadores, conforme legislação vigente.

8 VIGÊNCIA (VALIDADE) DO SEGURO

A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, correspondente ao período de pagamento dos prêmios referentes a esta cobertura, e terá seu início e término indicado na apólice de seguro, na [Área de Clientes](#).

8.1 Cobertura Provisória

A partir da data do recebimento da proposta de contratação do seguro, corretamente preenchida e assinada, com o comprovante do primeiro pagamento pela manutenção do seguro, terá início a vigência da cobertura provisória. Ela será válida até a comunicação da aceitação definitiva da proposta, a ser feita pela seguradora.

A seguradora terá o prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias para comunicar sua recusa na aceitação da proposta, contados da data em que recebeu a proposta e toda a documentação necessária para a análise de risco.

Caso a proposta de contratação de seguro de vida tenha sido recebida pela seguradora sem a comprovação do pagamento da antecipação da primeira parcela, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta.

Se, por razões de ordem técnica, a proposta não for aceita pela seguradora, serão devolvidos os valores proporcionais pagos pela pessoa segurada, e estará encerrado o período de cobertura provisória.

8.2 Cobertura definitiva

A cobertura definitiva terá início a partir da data em que a seguradora aceitar a proposta.

A apólice terá seu início e fim de vigência (validade) conforme indicado na proposta de contratação.

O período de vigência de coberturas adicionais, se contratadas, será especificada na apólice, poderá ser diferente da vigência da cobertura principal e será especificada em sua respectiva condição especial. A vigência de cada cobertura adicional deve iniciar e terminar dentro do prazo de vigência da apólice.

9 ACEITAÇÃO DO SEGURO

A aceitação, alteração ou reabilitação do seguro estão sujeitas à análise de risco da seguradora.

A pessoa segurada deverá apresentar proposta específica para cada uma das situações, ou seja, contratação, alteração ou reabilitação, com todos os elementos necessários para análise e aceitação do risco. A seguradora deverá, obrigatoriamente, fornecer protocolo identificando a proposta de contratação, com data e hora de recebimento.

Nas apólices que envolvem a proteção da vida de terceiros, o proponente deverá declarar o seu interesse pela preservação da vida da pessoa segurada.

Recebida a proposta a seguradora terá até 25 (vinte e cinco) dias para se manifestar sobre a proposta. Nesse período, a seguradora poderá solicitar esclarecimentos ou produção de exames, e o prazo para a recusa terá novo início, a partir do atendimento da solicitação ou da apresentação do resultado do exame.

O proponente terá o prazo de 60 (sessenta) dias, a partir da data de recebimento da proposta pela seguradora, para:



realizar ou apresentar cópias de exames;



prestar informações médicas essenciais e/ou complementares sobre sua condição de saúde;



prestar informações complementares necessárias.

Após a apresentação dos exames, informações e/ou documentos, a seguradora poderá solicitar outros desde que esclareça as razões da solicitação.

Após **o prazo de 60 (sessenta) dias não cumulativos**, o risco será automaticamente recusado pela seguradora por comunicação formal e expressa, devido à ausência das providências necessárias por parte da pessoa proponente.

Apresentados exames, informações e/ou documentos solicitados, a seguradora terá o **prazo de 25 (vinte e cinco) dias** não cumulativos que estava suspenso para:



a) aceitar a proposta e emitir a apólice.



b) devido à análise do risco, recalcular o valor das parcelas e consultar o proponente sobre sua concordância antes da emissão da apólice. Além disso, o pagamento da diferença do valor da primeira parcela deverá ser realizado.



c) ou recusar a proposta em razão da análise do risco e devolver os valores já pagos a quem os efetuou em até 10 (dez) dias corridos, sob pena de incidência de multa (2% do valor da parcela já quitada), juro de 1% ao mês *pro rata temporis* (proporcional ao tempo decorrido) e correção monetária pela variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada desde a recusa do risco até a data do pagamento.



A decisão da seguradora será formalmente comunicada. Caso não seja comunicada a decisão dentro do prazo de 25 (vinte e cinco) dias, a proposta será considerada aceita na forma originariamente realizada, especialmente com relação a prazos de vigência e valores a serem pagos para manutenção do seguro.

10 DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMISSÕES

Declarações inexatas e/ou omissões de informações relevantes para análise e aceitação do risco resultarão em perda da garantia contratada. As informações corretas e verdadeiras são fundamentais para que a seguradora aceite ou recuse a proposta e determine corretamente o valor a ser pago pelo responsável pelo pagamento para manutenção do seguro.

As principais informações a serem prestadas pela pessoa proponente são referentes:



a) estado de saúde ou fatos/eventos relacionados à sua saúde, inclusive tratamentos, medicação de uso contínuo e cuidados de saúde imprescindíveis;



b) atividade profissional;



c) atividades esportivas, de lazer ou hobbies que possam ser relevantes para a análise do risco;



d) doenças preexistentes, ou seja, aquelas de que tenha conhecimento antes da contratação do seguro.

Atenção: não haverá cobertura sobre qualquer doença preexistente que não tenha sido comunicada na proposta.

As informações da proposta de seguro são essenciais para a pessoa segurada e para a pessoa proponente. Não autorize ninguém a fazer isso por você. Preencha com cuidado e pergunte se tiver dúvidas.

Consequências do preenchimento incorreto da proposta de seguro

1. Informações incorretas intencionais:

Consequência: a pessoa segurada perderá o direito às coberturas, além de ficar obrigada aos pagamentos vencidos e despesas que a seguradora tiver efetuado.

2. Informações incorretas não intencionais praticadas sem má-fé em casos em que ocorreu um evento coberto:

Consequência: em caso de evento coberto, a seguradora vai analisar o pedido. Se for devido o pagamento integral ou parcial do capital segurado, o valor que a pessoa segurada dever em razão do risco aumentado será descontado de eventual pagamento de benefício, e a apólice poderá ser cancelada.

A apólice de seguro poderá não ser cancelada se as partes concordarem em fazer um ajuste, com novo valor para pagamento por parte da pessoa segurada, compatível com as informações que não haviam sido prestadas anteriormente.

3. Informações incorretas não intencionais praticadas sem má-fé em casos em que não ocorreu um evento coberto:

Consequência: a apólice poderá ser cancelada, e a seguradora tem o direito de reter o pagamento do seguro proporcionalmente ao tempo já decorrido. Se as partes formalizarem um acordo, a apólice poderá ter continuidade, sendo cobrada a diferença nas parcelas cobradas em razão da correta avaliação do risco.

A pessoa segurada e a seguradora poderão, ainda, formalizar um acordo com objetivo de reduzir a cobertura contratada, quando então não será necessário adequar o valor dos pagamentos para manter o seguro.



As informações prestadas pela pessoa segurada, representante legal ou qualquer outra por ela autorizada são essenciais para que a contratação do seguro seja legalmente válida.

Algumas informações representam um alto impacto no equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e, nesses casos, não será possível formalizar um acordo

entre as partes para continuidade da vigência do contrato. Se a garantia for tecnicamente impossível, ou se os fatos revelados corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da pessoa segurada ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

Atenção para que nunca ocorram situações como as dos exemplos a seguir, que podem ocasionar perda do direito à cobertura:



não informar as doenças preexistentes no momento do preenchimento da proposta.



não informar lesões preexistentes relacionadas ao histórico familiar da pessoa segurada ou decorrentes de atividade profissional, esportiva ou hobbies.



prática de atos contrários à lei – infrações ou fraudes – com objetivo de obter vantagem ilícita, ou seja, pagamento de benefício ao qual realmente não teria direito.



impedir ou dificultar (ou permitir que outras pessoas impeçam ou dificultem) a seguradora de realizar exames ou diligências necessárias para verificar se os fatos apresentados pela pessoa segurada são realmente verdadeiros.



Antes da contratação e durante a vigência do seguro, a pessoa segurada, seu representante legal, a pessoa responsável pelo pagamento e corretor têm o dever de prestar todas as informações que possam impactar:

- nos riscos cobertos;
- no valor dos pagamentos devidos;
- na possibilidade de ser devido o benefício.

Caso a pessoa segurada agrave intencionalmente e de forma relevante o risco coberto neste contrato de seguro, perderá o direito ao benefício.

O contrato é nulo quando qualquer das partes souber, no momento de sua conclusão, que o risco é impossível ou já se realizou.

E, caso saiba sobre qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto durante a vigência do seguro, a pessoa segurada está obrigada a comunicar o fato prontamente à seguradora. No entanto, devido à estruturação técnica deste seguro, a seguradora não utilizará a informação de agravamento do risco coberto para alterar direitos e deveres previstos nestas condições gerais e especiais, incluindo a decisão de cancelar o seguro, restringir a cobertura ou cobrar a diferença das parcelas, exceto em casos de reabilitação do seguro ou renovação de coberturas adicionais, em que a seguradora poderá adequar o a cobrança ao risco agravado, conforme estas condições gerais.

11 CAPITAL SEGURADO

É o valor a ser pago como benefício ou indenização caso ocorra um risco coberto pelo contrato de seguro.

Cada uma das coberturas contratadas no seguro terá um capital segurado. Esse limite é o valor máximo que a seguradora terá o dever de pagar quando ocorrer um evento coberto. Verifique na sua apólice os valores que foram contratados para as coberturas principal e adicionais.

Para determinar o valor do capital segurado atualizado a ser pago, consideramos a data do evento coberto o 30º (trigésimo) dia após o recebimento de um diagnóstico de doença grave coberta ou a realização de procedimento médico coberto, respeitando as definições e características especificadas na [Lista de doenças graves e procedimentos médicos cobertos](#).

11.1 Alteração do capital segurado

A pessoa segurada poderá solicitar a redução do capital segurado sempre que estiver em dia com seus pagamentos e a apólice estiver no período de vigência. Depois dessa alteração, as parcelas deverão continuar a ser pagas para manutenção do seguro.

O pedido de redução do capital segurado será analisado pela seguradora, que poderá concordar ou não, sempre com critérios objetivos de análise do risco e das coberturas contratadas. Quando existir possibilidade de redução do capital, a seguradora aceitará o pedido formalmente.

Quando a pessoa segurada solicitar a redução do capital segurado, a seguradora pagará o valor da [reserva matemática](#) proporcional à redução, atualizada com base na variação do IPCA/IBGE, da data em que ocorrer a redução até o efetivo pagamento.

Para manter as coberturas em vigor, devem ser respeitados os limites mínimo e máximo de capital segurado e de pagamento pelo seguro estabelecidos pela seguradora.

12 PAGAMENTO PELO SEGURO (COBRANÇAS)



A pessoa responsável pelo pagamento do seguro será especificada na proposta e na apólice e poderá ser diferente da pessoa segurada. A pessoa indicada na proposta é a única responsável pelo pagamento perante a seguradora. Não serão aceitos pagamentos realizados por outras pessoas físicas ou jurídicas.

O período de pagamento (cobranças) desta cobertura é de 5 (cinco) anos e está devidamente informado na proposta de contratação de seguro e na apólice, na [Área de Clientes](#).

Durante a vigência da apólice, não haverá alteração pela seguradora do período de pagamento. As parcelas poderão ser pagas por meio das formas de pagamento disponíveis pela seguradora.

O pagamento das parcelas para manutenção do seguro garante a cobertura para o risco futuro, ou seja, um evento coberto que ainda poderá ocorrer com a pessoa segurada.

Periodicidade

Os valores devidos pela pessoa segurada poderão ser pagos em parcelas anuais ou mensais ou única conforme escolha no momento da contratação:



a) Mensal: valor será atualizado em conformidade com os índices de correção monetária adotados na apólice e cobrado em 12 parcelas mensais, iguais e sucessivas.



b) Anual: valor será atualizado em conformidade com os índices de correção monetária adotados na apólice e cobrado em uma única parcela, com desconto.

Durante a vigência da apólice, a pessoa segurada ou responsável pelo pagamento poderão alterar a periodicidade, a forma ou a data do pagamento.

Importante sobre pagamentos:



Não há cobertura antes do pagamento da primeira parcela.



A pessoa responsável pelo pagamento poderá pedir a reemissão de qualquer parcela vencida e não paga.



A data de vencimento das parcelas será escolhida no momento da proposta e poderá ser alterada durante a vigência da apólice.

Importantes eventos (em ordem cronológica) sobre inadimplência:



a) **Prazo de suspensão:** a pessoa segurada e/ou responsável pelo pagamento do seguro serão notificadas sobre a inadimplência de sua apólice para que haja a regularização e manutenção da garantia à cobertura. Durante os 60 (sessenta) dias corridos a partir do início da inadimplência, a pessoa segurada ou beneficiária manterá direito às coberturas contratadas e a **reserva matemática** continuará sendo constituída normalmente. Contudo, em casos de sinistro, o valor das parcelas em atraso será deduzido do pagamento da cobertura (morte, invalidez ou outra), incluindo multa, correção monetária com base na variação acumulada do IPCA/IBGE e juros de mora. Além disso, o pagamento devido pela pessoa segurada será acrescido de multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês proporcionalmente ao período decorrido.

Não havendo regularização por parte da pessoa segurada, no 61º (sexagésimo primeiro) dia a apólice ficará suspensa por até 3 (três) anos, contados do dia seguinte ao término do período de 60 (sessenta) dias, **não tendo direito às coberturas contratadas** e, ainda, serão interrompidas as cobranças de parcelas e constituição de **reserva matemática** nesse período.





b) Reabilitação do seguro: a pessoa segurada poderá reabilitar sua apólice durante o prazo de suspensão. Para isso, deverá preencher uma proposta específica para essa situação, passar por um novo processo de análise de risco e efetuar o pagamento de um valor a ser definido pela seguradora com base no sexo e idade da pessoa segurada, assim como tempo de vigência da apólice, prazo de suspensão e capital segurado. O valor será informado pela seguradora, considerando a necessidade de recomposição de reservas técnicas e demais despesas envolvidas. Após a reabilitação, a seguradora responderá pelas coberturas contratadas caso ocorra algum evento coberto.

A apólice estará cancelada se, findo o prazo de suspensão, a pessoa segurada não tiver optado pela reabilitação. Nesse caso, a seguradora pagará à pessoa segurada a **reserva matemática** já constituída, atualizada monetariamente com base na variação positiva acumulada do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), calculada, na forma da lei, desde a data da última variação da reserva matemática disponível até o efetivo pagamento.

13 RENOVAÇÃO DO SEGURO

Para as coberturas adicionais que permitirem renovação, esta dependerá de:



Adequação do valor das parcelas a serem pagas pela pessoa segurada, de acordo com idade, sexo e eventuais mudanças do perfil de risco.

Esta cobertura principal com duração de 5 (cinco) anos, ao final da vigência, poderá ser renovada por igual período.

No entanto, a renovação não será possível caso a idade da pessoa segurada na data de renovação seja maior que 70 (setenta) anos, correspondente à idade máxima de contratação prevista para esta cobertura.

A primeira renovação é automática. **Para renovações subsequentes, se necessário, a seguradora poderá solicitar novos exames e o preenchimento de questionários de análise para cálculo de eventual reajuste no valor a ser pago pela pessoa segurada.**



O direito de renovação do seguro é garantido desde que todas as parcelas tenham sido pagas até a data de fim da vigência.

Se ocorrer renovação do seguro, poderão ser alteradas a forma de pagamento, data de vencimento e/ou periodicidade do pagamento.

Para renovações expressa e previamente autorizadas pela pessoa segurada, as renovações subsequentes poderão ser canceladas por meio de manifestação de sua intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término de vigência.

É facultada à seguradora optar pela não renovação deste seguro, desde que manifeste tal intenção com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término de vigência, respeitando as determinações previstas na Lei 15.040 de 2024.

As coberturas temporárias que podem ser renovadas têm prazo determinado, e a seguradora pode não as renovar na data de vencimento.

A renovação automática não será permitida caso, na data prevista para a renovação, a pessoa segurada tenha ultrapassado a idade de saída.

A seguradora tem o direito de solicitar novos exames e questionários para análise do risco. **Isso pode acarretar reajuste nas parcelas a serem pagas pela pessoa segurada, ou redução da garantia das coberturas adicionais.**

14 PERÍODO DE NÃO CONTESTAÇÃO

A seguradora não contestará o pagamento do benefício nos casos de doenças ou lesões preexistentes, respeitadas as condições gerais, se os seguintes prazos tiverem decorrido na data do evento:



a) 24 (vinte e quatro) meses da emissão da apólice ou da reabilitação do seguro aprovada pela seguradora, caso a pessoa segurada tenha realizado exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, pela seguradora, para análise da proposta de contratação ou de reabilitação; ou



b) 60 (sessenta) meses da emissão da apólice ou da reabilitação do seguro aprovada pela seguradora, caso a pessoa segurada não tenha realizado exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos pela seguradora, para análise da proposta de contratação ou de reabilitação.

15 CANCELAMENTO DO SEGURO

A pessoa segurada ou responsável pelo pagamento poderá solicitar o cancelamento da apólice à seguradora. Após o cancelamento do seguro, as coberturas são canceladas e não podem ser reabilitadas.

Caso seja devido à pessoa segurada algum valor, somente será pago após o recebimento do pedido. Neste momento, ocorrerá a devolução da [reserva matemática](#) constituída para esse seguro.

Em caso de cancelamento logo após a contratação, poderá haver devolução de primeira parcela. A devolução não ocorrerá:

-  após o pagamento da segunda parcela ou
-  se a apólice tiver sido emitida há mais de 30 (trinta) dias, mesmo que não tenha sido disponibilizada à pessoa segurada.

A apólice também será cancelada se ocorrerem as situações a seguir:

- a) pagamento à pessoa segurada do benefício integral por doença grave ou procedimentos médicos cobertos, durante o período de vigência do seguro;**
- b) a partir de solicitação expressa da pessoa segurada, quando será devida a devolução da [reserva matemática](#), se existir;**
- c) se a pessoa segurada ou seu representante não efetuarem o pagamento dos valores devidos para manutenção da apólice até o fim do [prazo de suspensão](#) sem reabilitação da apólice. Nesse caso, será devolvido o valor da [reserva matemática](#) constituída;**
- d) se a pessoa segurada praticar ato comprovadamente fraudulento ou que caracterize tentativa de fraude contra a seguradora.**

Cancelada a apólice, não será devido qualquer pagamento pela pessoa segurada à seguradora e, se ocorrer algum pagamento indevido, o valor será restituído com juros e correção monetária.

A apólice não será cancelada pela seguradora durante a sua vigência em caso de alteração da natureza dos riscos da pessoa segurada.

Em caso de pedido de cancelamento para apólices com forma de pagamento em débito automático em conta-corrente, é preciso que a pessoa responsável pelo pagamento solicite o cancelamento em até 30 (trinta) dias antes do dia do débito. Caso contrário, o cancelamento somente ocorrerá no mês seguinte ao débito, com comunicação prévia à pessoa segurada.

16 ACIONAMENTO DO SEGURO

Atenção: quando ocorrer um evento coberto, o fato deve ser comunicado imediatamente à seguradora por meio dos canais de atendimento. Tenha sempre os números de contato com você e os informe também a seus familiares.

Os eventos cobertos que possam gerar o direito ao recebimento do capital segurado deverão estar comprovados por meio de documentos (boletim de ocorrência, laudo de atendimento médico, comprovantes de despesas médicas, de transporte, hospitalares ou semelhantes, entre outros). Ao final destas condições gerais, consta a lista de documentos necessários por evento coberto, no [Anexo](#).

Deverão ser apresentados de forma única e completa os documentos informados no Anexo, de modo que o pedido possa ser aberto. O prazo de 30 (trinta) dias corridos iniciará a partir do recebimento dos documentos pela seguradora.

Poderão ser solicitados documentos adicionais durante análise do pedido de benefício, a depender do capital segurado contratado: 1 (uma) única vez em seguros cujo valor do capital segurado seja de até 500 (quinhentos) salários-mínimos ou, até 2 (duas) vezes, quando o valor do capital segurado ultrapassar 500 (quinhentos) salários-mínimos.

Em caso de solicitação adicional de documentos, o prazo para a análise será suspenso e voltará a contar no primeiro dia útil após a entrega dos documentos adicionais.

Nos casos de acidente pessoal que cause dano à integridade física da pessoa segurada, esta deverá procurar prontamente atendimento médico e cumprir integralmente a prescrição do médico assistente (que atendeu o caso ou que prescreveu o tratamento). Seguir o tratamento não é uma opção da pessoa segurada, é um dever que deverá ser cumprido até que seja dada a alta médica.

Os custos com a obtenção de documentos que comprovem o evento coberto pelo seguro serão de responsabilidade da pessoa segurada ou beneficiária. Não serão de responsabilidade da pessoa segurada ou beneficiária os documentos obtidos diretamente pela seguradora, dentre eles os custos de tradução de documentos internacionais.

Após receber a totalidade dos documentos, a seguradora terá até 30 (trinta) dias de prazo para efetuar ou recusar o pagamento do benefício decorrente de evento coberto comprovadamente ocorrido. Se o prazo for ultrapassado, incidirão juros de mora a partir da data em que o pagamento deveria ter sido feito, assim como correção monetária.

Em caso de agravamento relevante de risco, a seguradora poderá rescindir o contrato se comprovado que o agravamento foi intencional; ou, cobrar a diferença do valor do prêmio equivalente àquele que seria devido se o agravamento tivesse sido comunicado.

O pagamento de benefício referente a coberturas diferentes é cumulativo quando decorrentes do mesmo evento coberto, exceto quando apresentado o contrário nas condições especiais das coberturas adicionais.

O valor do benefício a ser pago será atualizado monetariamente com base na variação positiva do IPCA/IBGE, calculado entre a data da ocorrência do evento segurado e a data do efetivo pagamento. Se a pessoa segurada ou a responsável pelo pagamento tiver quitado a apólice em uma única parcela, ou optar pelo pagamento anual, é seguida a mesma regra, calculada a partir do 3º mês anterior ao mês da atualização.

**Se a seguradora
atrasar o valor do
pagamento do benefício,
ficará sujeita a:**



a) pagamento de multa de 2% (dois por cento) aplicada ao montante do valor em atraso;



b) 1% de juros ao mês proporcionalmente ao período de atraso;



c) correção monetária pelos percentuais do IPCA/IBGE.

A pessoa beneficiária do pagamento poderá escolher se o crédito deverá ser realizado por depósito em conta-corrente ou em conta poupança da instituição indicada.

O prazo de carência será de 90 (noventa) dias, contados da data de início de vigência desta cobertura contratual. Durante esse prazo, nenhuma garantia contratual será realizada pela seguradora, ou seja, somente serão garantidos por esta cobertura o recebimento do diagnóstico de doenças graves cobertas ou realização de um dos procedimentos médicos cobertos que tenham ocorrido após o prazo de carência.

Se durante o período de carência a pessoa segurada falecer, a [reserva matemática](#) constituída será paga aos herdeiros legais.

Em casos de eventos ocorridos durante o período de carência, a pessoa segurada continuará com a cobertura vigente. Entretanto, caso opte, poderá solicitar o cancelamento desta cobertura e a devolução da reserva matemática disponível, se houver, no prazo de 30 dias após a negativa por carência. Se não houver [reserva matemática](#), será devolvido o valor do prêmio de risco.

Esta cobertura principal não prevê reintegração do capital segurado após o pagamento da indenização. No entanto, algumas coberturas adicionais podem prever reintegração. Leia as [condições especiais](#) das coberturas adicionais para conhecer suas regras próprias.

Serão deduzidos do pagamento de benefícios descritos no item [O que o seguro cobre](#) possíveis valores devidos pela pessoa segurada à seguradora, referentes ao montante principal e juros acumulados em quaisquer assistências financeiras utilizadas e ainda não quitadas.

16.1 Pagamento de benefício por doenças graves e procedimentos médicos cobertos

O capital segurado contratado para a cobertura será pago à pessoa segurada quando a pessoa segurada sobreviver **30 (trinta) dias** após receber o diagnóstico de uma doença grave coberta ou de realizar um procedimento médico coberto.

Para as garantias de esclerose múltipla, o prazo de carência será de 12 (doze) meses contados do início da vigência. Não serão considerados eventos cobertos os casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência.



Quando a doença grave ou procedimento médico coberto for decorrente de acidente pessoal que cause dano à integridade física da pessoa segurada, não haverá prazo de carência, desde que ocorrido após o início da vigência da apólice.

16.2 Junta médica

Junta médica é uma modalidade de mediação de conflitos. É utilizada todas as vezes em que existir divergência sobre causa, natureza ou extensão das lesões sofridas pela pessoa segurada.

**Nesses casos, a seguradora
proporá a realização de uma
junta médica composta:**



pelo médico assistente da pessoa
segurada;



pelo médico da seguradora e



por um terceiro médico, indicado de
comum acordo (da pessoa segurada e
da seguradora).



Custos: cada parte pagará os custos de seu médico, e o terceiro terá seus custos (honorários, deslocamento, alimentação, hospedagem entre outros) pagos pela seguradora e pela pessoa segurada, em partes iguais.



Prazos: a seguradora tem 15 (quinze) dias de prazo, a contar da data do recebimento dos documentos enviados pela pessoa segurada, para propor a realização da junta médica; a junta médica deverá ser formada em 15 (quinze) dias.

As providências tomadas pela seguradora para análise do ocorrido não caracterizam obrigação de pagamento do benefício.

A proposta de junta médica não proíbe a seguradora de ter acesso a dados clínicos ou cirúrgicos da pessoa segurada, nem a solicitação de perícia médica, que poderá ser realizada em visita domiciliar ou hospitalar. Essas medidas serão adotadas apenas nos casos em que houver dúvida razoável da seguradora sobre os fatos e os danos decorrentes.

Terão acesso aos resultados apurados apenas a pessoa segurada, seu representante legal e a seguradora. Os dados obtidos deverão, obrigatoriamente, ser mantidos em sigilo em respeito à Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD e à proteção dos direitos fundamentais prevista na Constituição Federal do Brasil.

A seguradora não está obrigada a entregar documentos e demais elementos probatórios que sejam considerados confidenciais ou sigilosos por lei ou que possam causar danos a terceiros, salvo em razão de decisão judicial ou arbitral.

17 OPÇÕES PARA RECEBER O BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)

Quando houver direito ao pagamento do benefício, este será pago de forma única e integral.

Caso a pessoa segurada venha a falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era de direito, o valor será pago aos seus herdeiros legais.

18 ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

Os valores monetários a que se referem estas condições gerais estão sempre em moeda nacional.

Capital segurado e parcelas do seguro

Os capitais segurados e as parcelas a pagar pelo seguro serão atualizados anualmente, no aniversário da apólice, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização. A apólice de seguro não prevê nenhuma outra forma de atualização.

O valor das parcelas desta cobertura principal é nivelado durante a sua vigência, não havendo reajuste por mudança de idade. Isso significa que:

- serão aplicadas apenas atualizações monetárias ao capital segurado;
- o valor das parcelas a serem pagas será atualizado na mesma proporção.

Reserva matemática

A reserva matemática será atualizada mensal e monetariamente, com base na variação mensal do IPCA/IBGE do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.

Entre a data da solicitação da reserva e a data do efetivo pagamento será aplicada correção monetária com base na variação acumulada do IPCA/IBGE. O pagamento da reserva matemática disponível será feito em até 30 (trinta) dias, desde que a documentação esteja completa. Caso isso não ocorra, o pagamento será acrescido de multa de 2% (dois por cento), juros de 1% ao mês proporcionalmente ao período decorrido.

A taxa de juros prevista nesse produto a ser aplicada para a reserva matemática disponível será de 3% ao ano.

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

Atenção:

Caso não seja possível adotar procedimentos de atualização monetária previstos nestas condições gerais, **a pessoa segurada, a beneficiária, a responsável pelo pagamento e a seguradora acordam o seguinte:**



- a)** se extinto o IPCA/IBGE, será usado o INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) do IBGE ou, na sua falta, o índice que vier a ser autorizado pela Susep;
- b)** será interrompida imediatamente a atualização monetária de todos os valores inerentes a este seguro, caso esta venha a ser vedada; ou
- c)** se proibida a utilização de indexadores, a atualização monetária prevista neste item será ajustada conforme deliberação do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente.

O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito mesmo sem notificação judicial, de uma só vez, com os demais valores da apólice.

19 EXTRATO

A seguradora disponibilizará à pessoa segurada extrato com os valores atuais do pagamento mensal, do capital segurado, bem como do valor de resgate e outras informações, periodicamente e sempre que solicitado pela pessoa segurada. A solicitação poderá ser feita pelos nossos canais de atendimento.

20 FORO

Para resolução de pendências ou dúvidas sobre este seguro, fica eleito o foro do domicílio da pessoa segurada ou das pessoas beneficiárias.

21 DISPOSIÇÕES FINAIS

É dever da pessoa segurada informar prontamente à seguradora qualquer mudança de endereço, dos dados de conta bancária ou do cartão de crédito para cobrança de parcelas ou outros valores devidos para manutenção do seguro.

Os prazos prescricionais, ou seja, períodos após os quais há perda do direito de ação contra a seguradora, serão os previstos no artigo 126, da Lei 15.040 de 2024. Os tributos que incidirem sobre este contrato serão também os da legislação em vigor.

As condições gerais deste seguro encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico <https://www.susep.gov.br>. O registro de produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

A pessoa segurada poderá consultar a situação cadastral da sua corretora de seguros/corretor e da sociedade seguradora no endereço eletrônico <https://www.susep.gov.br>.

As condições gerais e especiais estarão à disposição da pessoa proponente antes da assinatura da proposta de contratação.

A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.

Qualquer devolução de valores cobrados ou qualquer outro valor pago pela pessoa segurada será realizada pela seguradora por meio de crédito em conta bancária ou restituição via cartão de crédito, obrigatoriamente de titularidade da pessoa responsável pelo pagamento, conforme termos e condições deste seguro.

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

A Prudential do Brasil Seguros S.A. se preocupa com a privacidade e a proteção dos dados pessoais de seus clientes, cumprindo todas as legislações aplicáveis, em especial, a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

Caso a pessoa titular dos dados pessoais tenha interesse em obter mais informações sobre como os seus dados serão tratados pela Prudential, ela poderá consultar nossa Política de Privacidade, disponível em: <https://www.prudential.com.br/politica-de-privacidade>.

Independentemente de quaisquer outros termos previstos na proposta de contratação ou nas condições gerais e especiais do seguro, a seguradora não fornecerá qualquer cobertura ou serviço nem fará qualquer pagamento/reembolso/devolução à pessoa segurada, a pessoas beneficiárias ou qualquer terceira se elas estiverem sob embargos ou sanções econômicas ou comerciais aplicados legalmente por organismos nacionais ou internacionais. Por exemplo:



- a) Programa de Sanções administradas e publicadas pelo OFAC – Office of Foreign Assets Control, agência de inteligência ligada ao Departamento de Tesouro dos Estados Unidos.
- b) Resoluções do CSNU – Conselho de Segurança das Nações Unidas – ou as designações de seus comitês de sanções que determinem a indisponibilidade de ativos, de quaisquer valores, de titularidade direta ou indireta de pessoas naturais, de pessoas jurídicas ou de entidades, nos termos da Lei nº 13.810/2019).

Quando a seguradora identificar, em um contrato de seguro vigente, uma pessoa segurada, beneficiária ou terceira nessas condições, haverá automática e instantaneamente uma suspensão de direitos (incluindo o recebimento de benefícios, resgates e devoluções de valores pagos pela pessoa segurada) até que ocorra disposição contrária, na forma da legislação vigente.

22 EXPLICAÇÃO DE TERMOS TÉCNICOS

A **Acidente pessoal:** evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física (ou que cause dano à integridade física), que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico. O suicídio ou sua tentativa serão equiparados, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal que cause dano à integridade da pessoa segurada. Incluem-se nesse conceito os acidentes decorrentes de:

- a) sequestros e tentativas de sequestros;
- b) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Não são consideradas acidente:

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

Apólice: documento legal emitido pela seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pela pessoa proponente, sendo composta por todas as condições para coberturas principal e adicionais contratadas pela pessoa segurada.

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

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

Atos ilícitos dolosos: são atos ilegais, praticados intencionalmente, e que não serão considerados como acidente para fins deste seguro. É o caso de agressões físicas, prática ou tentativa de furto ou roubo, condução de veículos em competições informais (rachas), entre outros.

Ato de terrorismo: ato terrorista é a prática de atos criminosos por razões de xenofobia, discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia e religião, quando cometidos com a finalidade de provocar terror social ou generalizado, expondo a perigo pessoa, patrimônio, a paz pública ou a incolumidade pública, desde que assim reconhecidos pela autoridade pública competente.

C **Capital segurado:** valor estabelecido na apólice e nesta condição geral como benefício para cada cobertura contratada, e que representa o valor máximo a ser pago pela seguradora quando ocorrer um evento coberto pela condição principal ou nas condições adicionais contratadas.

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

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

Carregamento: percentual incidente sobre os valores cobrados da pessoa segurada para fazer face às despesas de administração e comercialização da seguradora. Este percentual varia em função da idade de contratação, do sexo da pessoa segurada e do prazo escolhido para pagamento, e constará, em seu percentual exato, na apólice.

C Coberturas de risco: coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência da pessoa segurada a uma data predeterminada.

Cobertura principal: corresponde aos aos riscos assumidos pela seguradora na ocasião da contratação do seguro.

Cobertura adicional: coberturas contratadas além da principal, facultativamente, mediante cobrança de valor adicional a ser pago pela pessoa segurada ou pela responsável pelo pagamento. Coberturas adicionais somente poderão ser contratadas se for feita a contratação da cobertura principal.

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

Condições contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

Condições especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura contratadas em um mesmo contrato de seguro.

Condições gerais: conjunto de cláusulas que disciplina os direitos e obrigações da seguradora, da pessoa segurada e das pessoas beneficiárias, bem como as especificidades do contrato de seguro.

Corretora de seguros/corretor: intermediária legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre a seguradora e o público consumidor em geral.

D Declaração pessoal de saúde: conjunto de informações fornecidas pela pessoa proponente à seguradora sobre suas condições de saúde, seu histórico médico familiar e suas atividades, que configura parte integrante da proposta de contratação e/ou de reabilitação. É dever legal da pessoa proponente/segurada fornecer informações verdadeiras e completas para viabilizar a análise de risco pela seguradora.

Doença em estágio terminal: considera-se estágio terminal de determinada doença a condição clínica e funcional de paciente para quem não se espera a sobrevivência, depois de esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

D Doença grave coberta: doenças especificadas no item [Doenças graves e procedimentos médicos cobertos](#) destas condições gerais, respeitadas as definições, caracterizações e exclusões de cada uma dessas doenças.

Doenças ou lesões preexistentes: as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas antes da data de contratação do seguro, que sejam de prévio conhecimento da pessoa segurada e que, se não forem declaradas na proposta de contratação e/ou reabilitação, não geram para a seguradora o dever de pagar o capital segurado.

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

Evento coberto: morte da pessoa segurada, acidente que ocasionou a invalidez ou sobrevivência da pessoa segurada 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico de uma das doenças graves cobertas ou da realização de um dos procedimentos médicos cobertos, realizados por médico especializado, descritos no item [O que o seguro cobre](#) destas condições gerais.

Exame complementar: exames diagnósticos (clínicos ou de imagem), solicitados pela seguradora para serem realizados pela pessoa segurada, com objetivo de caracterizar corretamente se há cobertura securitária para a situação de saúde da pessoa segurada.

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

Falange distal: falange mais distante da palma da mão.

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

Falange proximal: falange mais próxima da palma da mão.

G Garantias: responsabilidades assumidas pela seguradora decorrentes do seguro contratado.

I **Início de vigência:** data a partir da qual as coberturas de risco contratadas serão garantidas pela seguradora.

Intervenientes do contrato de seguro: todos aqueles que atuam nos períodos de pré-contratação, execução do contrato e pós-contratação como segurados, seguradoras, corretores de seguro, estipulantes, responsáveis pelo pagamento do prêmio, peritos, técnicos em vistoria, entre outros.

Integridade Física: refere-se à condição física da pessoa segurada, podendo ocorrer por motivo de invalidez decorrente de doença ou acidente.

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

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

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

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

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

Nota técnica atuarial: documento elaborado por atuário que contém a estruturação técnica do seguro, elaboradas a partir das coberturas principal e adicionais contratadas.

P **Período de não contestação:** período durante o qual a seguradora não poderá alegar doença ou lesão preexistente para contestar o pagamento de benefício, observadas as regras estabelecidas no item [Declarações inexatas e omissões](#).

P Prazo de suspensão: período de 3 (três) anos e 60 (sessenta) dias contados a partir do início da inadimplência, na falta de pagamento dos valores de responsabilidade da pessoa segurada, durante o qual ela não terá direito a qualquer das coberturas constantes destas condições gerais. Até o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, a pessoa segurada tem direito à cobertura. A partir do 61º (sexagésimo primeiro) dia de inadimplência, este direito é perdido, podendo optar pela reabilitação ou cancelamento definitivo da apólice. Se os valores referentes a este seguro não forem pagos, não serão cobradas as parcelas do seguro no período compreendido entre o 61º (sexagésimo primeiro) dia de inadimplência até o término do prazo de suspensão, não tendo direito, neste período, às coberturas contratadas

Período de tolerância: período de 60 (sessenta) dias corridos, contados a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do pagamento da parcela vencida e não paga, durante o qual a pessoa segurada ainda terá direito às coberturas contratadas.

Pessoa proponente: pessoa, física ou jurídica, que pretende contratar o seguro, apresentando à seguradora uma proposta de contratação com informações de sua responsabilidade.

Pessoa segurada: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco para a qual o seguro será contratado.

Prazo de carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado em relação a parte aumentada ou da reabilitação, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência de evento coberto, a pessoa segurada ou as pessoas beneficiárias não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

Prêmio: valor pago pela pessoa segurada ou responsável pelo pagamento à seguradora para custear o seguro, também denominado parcela ou valor de responsabilidade da pessoa segurada.

Prêmio de risco: parte do prêmio pago pela pessoa segurada, destinada exclusivamente a cobrir o custo esperado dos sinistros, calculada atuarialmente com base em probabilidades, tábuas biométricas e hipóteses financeiras, não incluindo carregamentos, impostos ou margem de lucro.

P **Procedimento médico coberto:** procedimentos médicos especificados no item **Doenças graves e procedimentos médicos cobertos**, destas condições gerais, respeitadas as definições, caracterizações e exclusões de cada um desses procedimentos.

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

R **Representante de seguros:** a pessoa jurídica que assumir a obrigação de promover, ofertar ou distribuir produtos de seguros, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, à conta e em nome de sociedade seguradora, sem prejuízo de realização de outras atividades.

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

Responsável pelo pagamento: pessoa física ou jurídica que se obriga a pagar os valores devidos pela pessoa segurada.

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

Risco coberto: evento previsto na apólice de seguro de vida que, em caso de comprovada concretização, dá origem à liberação do benefício.

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

S **Seguradora:** Prudential do Brasil Seguros S.A., registrada no CNPJ sob o nº 21.986.074/0001-19, constante da proposta de contratação, que assume os riscos inerentes às coberturas, nos termos deste seguro.

S Seguro: contrato pelo qual uma das partes (seguradora) se obriga para com a outra (pessoa segurada), mediante o recebimento de um valor (mensal ou anual), a indenizá-la ou a terceiro(s) por riscos previstos na apólice.

Sinistro: a ocorrência do risco coberto durante o período de vigência do plano de seguro.

ANEXOS – DOCUMENTAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIOS

Benefício por doença grave e procedimentos médicos cobertos

- Formulário de acionamento de benefício específico para esta cobertura, fornecido pela pessoa segurada, devidamente preenchido e assinado pela pessoa segurada ou seu representante legal.
- Documento assinado pelo médico assistente da pessoa segurada, com informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico.
- Cópias dos exames comprobatórios.
- Cópia do prontuário médico de internação hospitalar da pessoa segurada, em caso de ter havido internação.
- Documento de identidade e CPF da pessoa segurada.
- Certidão de nascimento da pessoa segurada, quando menor de 18 (dezoito) anos.
- Laudo anatomopatológico e laudo imunohistoquímico pré e pós-cirúrgico.
- Declaração de sobrevivência da pessoa segurada.
- Boletim de ocorrência.
- Comprovação de renda (contracheques, holerites, prolabore, declaração completa imposto de renda dentre outros).
- Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT.
- Relatório Médico Complementar com reconhecimento de firma da assinatura.

- Extrato de utilização do plano de saúde.
- Exames (imagem e laudo) realizados durante a investigação e diagnóstico.
- Questionário de Esporte e Hobby.
- Formulário de Confirmação de Residência Fiscal.
- Declaração da pessoa segurada para esclarecimentos diversos.
- Prontuário das consultas médicas.
- Cópia do receituário de medicação.
- Termo de Curatela.
- Procuração.
- Comprovante de residência da pessoa segurada, não podendo ser anterior a 6 (seis) meses;
- Comprovante de telefone e DDD da pessoa segurada.

Área de Clientes

Acesse e confira informações sobre sua apólice

Prudential Responde

Solicitações e esclarecimentos sobre sua apólice.

De 2ª a 6ª, das 8h às 20h (exceto feriados)

assistente.cliente@prudential.com

Atendimento exclusivo para segurados com apólice contratada pelo Itaú

 3003 7785

0800 200 7808

+55 21 3003 7785

SAC

Sugestões, reclamações,
Cancelamentos e informações gerais

 0800 282 5907

24h por Whatsapp e das 8h às
20h por telefone

0800 024 0025

Atendimento a pessoas com
deficiência auditiva ou
de fala

Ouvidoria

Solicitações não resolvidas já tratadas
pelos canais de atendimento.

0800 200 0110

De 2ª a 6ª, das 8h30 às 17h
(exceto feriados)

ouvidoria@prudential.com