



Seguro Vida Inteira Único

Condições Gerais



Prudential



CONDIÇÕES GERAIS



Clique nos tópicos para consultar um item

1.

Objetivo do seguro de vida

2.

Características do seguro de vida

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 da cobertura)

9.

Aceitação do seguro

10.

Declarações inexatas ou omissões

11.

Capital segurado

12.

Pagamento pelo seguro (cobranças)

13.

Período de não contestação

14.

Cancelamento

15.

Valor de resgate da cobertura principal

16.

Indicação ou alteração de pessoas beneficiárias

17.

Acionamento do seguro

18.

Opções para receber o benefício (indenização)

19.

Atualização dos valores do seguro

20.

Extrato

21.

Foro

22.

Disposições finais

23.

Explicação de termos técnicos

24.

Anexo

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.

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 a morte ou invalidez, que sempre geram consequências para a pessoa segurada ou para as beneficiárias e, por essa razão, o pagamento dos valores em dinheiro (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:

- ① é um contrato individual;
- ② tem características de proteção financeira, ou seja, se ocorrer qualquer hipótese de risco (coberturas contratadas), a pessoa segurada ou as pessoas por ela indicadas para receber o benefício terão direito a um valor em dinheiro (valor do capital segurado escolhido pela pessoa segurada no momento da contratação);
- ③ 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.

Como seguro de vida, 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.

Este contrato de seguro não cobre quaisquer despesas ou gastos com prevenção, manutenção ou cuidados emergenciais de saúde do segurado.

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.

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. O proponente é obrigado 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.



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 indicada, tipo de relação entre a pessoa segurada e a 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 apresentará um valor de capital segurado específico.

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 Morte da pessoa segurada

Se ocorrer a morte da pessoa segurada por causas naturais ou acidentais durante o período de vigência da apólice, a seguradora pagará à pessoa beneficiária o valor do capital segurado (também chamado de benefício ou indenização). Esta cobertura possui carência:

- ⌚ De 2(dois) anos, em caso de morte resultante de tentativa de suicídio ou suicídio praticado;
- ⌚ De mais 2(dois) anos seguintes ao da retomada da vigência, se o contrato for interrompido por qualquer motivo.

Nesses casos, a seguradora devolverá a reserva matemática, ocasionando o cancelamento automático da cobertura.

4.2 Invalidez Acidental

Atenção para as premissas que caracterizam invalidez acidental nesta Condição Contratual:

- > A definição de invalidez para apólices de seguro privado é diferente da definição adotada pela Previdência Social.
- > A invalidez acidental, para fins desta apólice de seguro privado, é aquela decorrente de lesão física causada por Acidente Pessoal que cause dano à integridade física da pessoa segurada, ocorrido durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos.

- ⤵ A situação de invalidez acidental deve ser comprovada por declaração médica, exames complementares e só será analisada após a conclusão do tratamento, ou quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação da pessoa segurada.

Invalidez Permanente e Total por Acidente da pessoa segurada

Em caso de invalidez permanente e total em decorrência de um acidente coberto pelo seguro, a pessoa segurada terá direito a receber o valor parcial ou integral do capital segurado que estava destinado para o caso de morte.

A pessoa segurada, quando acionar o seguro, terá as seguintes opções de recebimento do benefício:



a) Integral: recebimento de 100% do capital segurado de morte desta cobertura. Nesse caso, a apólice é cancelada automaticamente.



b) Parcial: antecipação única de 15%, 25% ou 50% do capital segurado desta cobertura. Nesse caso, haverá redução proporcional do capital segurado da cobertura e a apólice permanecerá ativa.

A pessoa segurada pode optar por não receber o benefício. Nesse caso, a apólice continuará com o capital segurado de morte integral e demais coberturas ativas.

O que é estado de invalidez permanente e total por acidente?

Para esta cobertura o estado de invalidez deve ser permanente, irreversível e total, para caracterizar a perda anatômica ou funcional definitiva de um membro, segmento ou órgão, decorrente de lesão física causada por acidente pessoal que cause dano à integridade física da pessoa segurada, e da qual resulte pelo menos uma das consequências listadas a seguir:

Tabela de situações para Invalidez Permanente Total

	Perda total da visão de ambos os olhos		Perda total do uso de ambos os membros superiores		Perda total do uso de ambos os membros inferiores
	Perda total do uso de ambas as mãos		Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior		Perda total do uso de ambos os pés
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés		Alienação mental total e incurável		

Certifique-se de que a apólice de seguro foi emitida com essa cobertura na [Área de Clientes](#). Nesse caso, a pessoa segurada não terá direito ao benefício.

Não haverá dispensa das cobranças em casos de redução parcial da função do membro ou órgão prejudicado ou nos casos em que não correspondam em sua integralidade às condições descritas neste item.

Se a pessoa segurada falecer antes do recebimento desta cobertura, quando esta for devida, o valor será pago aos herdeiros legais.

4.3 Doença Terminal com Expectativa de Vida de até 6 meses

Nos casos em que a pessoa segurada seja considerada doente em estágio terminal, comprovadamente por relatório médico e/ou exames, o valor do capital segurado de morte poderá ser antecipado de forma total ou parcial, a depender da escolha da pessoa segurada.

Quando a pessoa segurada solicitar a antecipação de valor parcial, a seguradora estipulará um valor mínimo a ser mantido como capital segurado, para que o seguro continue vigente.

Do valor que será antecipado para a pessoa segurada, serão descontados os valores das parcelas de pagamento pelo seguro referentes aos meses de sobrevida informados na declaração médica. Esse desconto só não será realizado se a apólice estiver em dispensa de prêmio ou já quitada.

Se ocorrer a antecipação parcial e a pessoa segurada vier a falecer, o valor antecipado será descontado do pagamento a ser feito às pessoas beneficiárias.

O pedido para acionar esta cobertura deve ser realizado por meio de formulário próprio.

Quando a pessoa segurada tem direito a solicitar essa cobertura?

A pessoa segurada deverá provar à seguradora que sua sobrevida é de, no máximo, 6 (seis) meses a partir da data da avaliação diagnóstica. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na doença caracterizada, acompanhado do diagnóstico e dos exames pertinentes.

Depois de a documentação solicitada ser entregue, a seguradora terá o prazo de até 30 dias para decidir sobre a antecipação do benefício. Se, durante o período de decisão, a seguradora ainda tiver dúvidas, ela poderá pedir outros documentos para análise. Nesse caso, a contagem dos 30 dias será suspensa e só voltará a contar após a chegada de todos os novos documentos solicitados. Apresentados os documentos, a contagem do prazo continua de quando parou.

Efeitos da antecipação de benefício

Caso a pessoa segurada escolha receber apenas uma parte do benefício antecipadamente, o capital segurado e o valor das parcelas a serem pagas à seguradora serão reduzidos proporcionalmente.

A pessoa responsável pelo pagamento será informada e deverá prosseguir com o pagamento de forma proporcional ao benefício vigente.



Se ocorrer a antecipação total do benefício, o contrato de seguro será cancelado, não existindo mais direitos e deveres entre as partes contratantes.

Caso a pessoa segurada faleça antes do recebimento do benefício desta garantia, quando este já era de direito, o valor será pago para os herdeiros legais.

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 da cobertura contratada 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, por pessoas beneficiárias 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, por pessoas beneficiárias e respectivos representantes.

e

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

Invalidez ou morte resultante de tentativa de suicídio ou suicídio praticado nos dois primeiros anos de vigência da apólice ou nos dois anos seguintes ao da retomada da vigência, se o contrato for interrompido por qualquer motivo. Na hipótese de acionamento da cobertura por morte resultante de tentativa de suicídio ou suicídio praticado durante o período de carência, a seguradora devolverá a [reserva matemática](#) disponível, ocasionando o cancelamento automático da apólice. Na hipótese de acionamento por invalidez resultante de tentativa de suicídio ou suicídio praticado durante o período de carência, a pessoa segurada poderá continuar com o seguro, nos termos da vigência contratada, sem devolução da reserva matemática. Caso a pessoa segurada opte pela não continuidade do seguro, será devolvida a [reserva matemática](#) disponível.

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.

i

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 ou a beneficiária estiverem em listas de embargos ou sanções.



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 Vida Inteira Único é de **14** (quatorze) anos e a idade máxima é de **80** (oitenta) anos.

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

8 VIGÊNCIA (VALIDADE) DO SEGURO

O seguro protegerá a pessoa segurada durante toda a vida, desde que seja paga a parcela única a ele referente.

O início da vigência da cobertura contratada será a data do recebimento da proposta de contratação, corretamente preenchida e assinada, com o comprovante do pagamento único pelo seguro.

Caso a proposta de contratação tenha sido recebida pela seguradora sem a comprovação do pagamento único pelo seguro, o início de vigência coincidirá com a data de aceitação da proposta ou outra data, desde que acordada entre as partes.

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

Caso não haja pagamento da parcela referente ao seguro na data indicada, as coberturas não entrarão em vigor.

9 ACEITAÇÃO DO SEGURO

A aceitação ou alteração 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 ou alteração, 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 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, 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), 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 verídicas 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:



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.

Caso a pessoa segurada identifique informação relevante que não tenha sido formalmente perguntada, esta deve consultar a seguradora sobre a necessidade de fazer constar essa informação.

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 (por exemplo, morte ou invalidez), 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 do segurado 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, as pessoas beneficiárias 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, 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 durante a vigência da cobertura, exceto em casos de reabilitação do seguro, conforme estas condições gerais.



11 CAPITAL SEGURADO

É o valor máximo a ser pago como benefício ou indenização caso ocorra um risco coberto pelo contrato de seguro. Verifique na sua apólice o valor que foi contratado.

Verifique na sua apólice o valor que foi contratado.

Para determinar o valor do capital segurado atualizado a ser pago, consideramos a data do evento coberto:

1. No caso de morte: a data da morte.
2. Para acidentes pessoais que causem dano à integridade física da pessoa segurada, inclusive morte acidental: a data do acidente.
3. Para a cobertura de doença terminal: a data indicada na declaração médica.

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 pretender reduzir o capital segurado inicialmente contratado, o valor de resgate também será reduzido.

A diferença entre o valor de resgate anterior e posterior à redução será pago à pessoa segurada por meio de crédito em conta corrente ou poupança de sua titularidade. Se a redução do capital segurado ocorrer durante o período de carência para resgate, ou seja, nos primeiros 60 (sessenta) meses contados da data de emissão da apólice, a seguradora adiará o pagamento desta diferença até o cumprimento desse período. Nesse caso, o valor a ser pago será atualizado monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, até a data do 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.

Durante a vigência da apólice, não será possível modificar o período de pagamento escolhido na contratação. Este seguro possui pagamento em parcela única. A parcela poderá ser paga 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.

13 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.

14 CANCELAMENTO DO SEGURO

A pessoa segurada ou responsável pelo pagamento poderá solicitar o cancelamento da apólice à seguradora. Após o cancelamento do seguro, a cobertura será cancelada e não pode ser reabilitada.

Caso seja devido à pessoa segurada algum valor, somente será pago após o recebimento do pedido. Neste momento, ocorrerá a devolução do [valor de resgate](#) disponível constituído para esse seguro.

Em caso de cancelamento logo após a contratação, poderá haver devolução do pagamento único pelo seguro. A devolução não ocorrerá 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 do benefício por morte da pessoa segurada;
- b) pagamento do benefício integral por Invalidez Permanente e Total por Acidente durante a vigência do seguro, se disponível na apólice;
- c) solicitação integral da garantia de doença terminal com expectativa de vida de até 6 (seis) meses;
- d) se o valor de resgate (quando houver) for igual a zero;
- e) se a soma do montante principal mais os juros acumulados de qualquer [Assistência Financeira](#) e/ou [Assistência Financeira Automática](#) concedida atingir 80% (oitenta por cento) do valor de resgate da cobertura principal disponível ao qual a pessoa segurada teria direito se não tivesse solicitado tal Assistência;
- f) a partir de solicitação expressa da pessoa segurada, quando será devido o valor do resgate, se existir;
- g) 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.

15 VALOR DE RESGATE DA COBERTURA PRINCIPAL



O valor de resgate é uma reserva em dinheiro, constituída pela seguradora, para garantir a existência de recursos para pagamento do benefício em caso de morte. O valor poderá ser consultado na apólice e na proposta de contratação.

Esse valor é uma característica desta cobertura principal vitalícia e começa a ser constituído a partir do 1º mês contado da data da emissão da apólice e poderá ser solicitado pela pessoa segurada apenas a partir do 61º (sexagésimo primeiro) mês.

Se a pessoa segurada solicitar o cancelamento do seguro antes desse período, o cancelamento poderá ser realizado normalmente. No entanto, o pagamento do valor de resgate constituído até a data do cancelamento só ocorrerá depois dos 60 (sessenta) meses, contados da data de emissão da apólice. Esse período é chamado de [carência para resgate](#).

Sobre o valor do resgate, é muito importante:



- a) não é o valor equivalente à soma das parcelas pagas pela pessoa responsável pelo pagamento;
- b) o valor do resgate leva em conta fatores como idade da pessoa segurada na data da contratação; sexo; variáveis como mortalidade, morbidade e invalidez; capital segurado, valor e período de pagamento do seguro;
- c) se a apólice for cancelada, a pessoa segurada terá direito de receber o valor do resgate formado até o momento do cancelamento, descontado qualquer valor de [assistência financeira](#) e pagamentos em atraso;
- d) parte do valor do resgate poderá ser pago à pessoa segurada se houver redução do capital segurado da cobertura principal vitalícia descontado qualquer valor de [assistência financeira](#) e pagamentos em atraso;
- e) será atualizado mensal e monetariamente, com base na variação mensal do IPCA/IBGE do 3º (terceiro) mês anterior ao da atualização (aniversário da apólice);
- f) não é contrato de previdência privada;
- g) não é um investimento financeiro.

Quando o valor do resgate pode ser recebido pela pessoa segurada?

- ⊗ em sua totalidade, com cancelamento integral da apólice; ou
- ⊗ parcialmente, quando for reduzido o capital segurado da cobertura principal vitalícia na mesma proporção.

O valor de resgate será liberado por crédito em conta-corrente ou poupança de titularidade da pessoa segurada, estabelecida no Brasil, no prazo de até 30 (trinta) dias da data do recebimento do pedido na seguradora, desde que a documentação esteja completa.

A pessoa segurada poderá consultar o valor de resgate na [Área de Clientes](#) da Prudential do Brasil. Também poderá ter informações sobre o valor de resgate pelos nossos canais de atendimento, diretamente com a pessoa que cuida do seu seguro, na proposta ou na apólice do seguro contratado.



O valor de resgate pode sofrer dedução se a pessoa segurada tiver parcelas em atraso ou [assistência financeira](#) utilizada e não quitada.

Quando houver pagamento de benefício total da cobertura principal, a apólice será cancelada e não haverá mais direito ao recebimento de valor de resgate.

Os documentos listados a seguir poderão ser solicitados para atendimento de norma regulatória no momento da solicitação do valor de resgate:

- a) comprovante de telefone e código de discagem direta à distância da pessoa segurada;
- b) comprovante de profissão da pessoa segurada; e
- c) comprovante do patrimônio estimado ou renda mensal da pessoa segurada.

16 INDICAÇÃO OU ALTERAÇÃO DE PESSOAS BENEFICIÁRIAS

A pessoa segurada é livre para indicar uma ou mais pessoas beneficiárias. Também poderá modificar a indicação livremente, sempre com comunicação expressa à seguradora.



Poderão ser indicadas pessoas beneficiárias primárias e secundárias. Apenas se as primeiras faltarem, o capital segurado será pago às secundárias. Também poderão ser indicadas pessoas beneficiárias terciárias, que receberão o valor do capital segurado quando não for possível para as beneficiárias primárias ou secundárias.

A companheira/o companheiro de quem contratou o seguro pode ser indicada como beneficiária, desde que esta esteja separado de fato ou de direito.

Na falta de indicação de pessoa beneficiária, ou na perda desta condição por parte dela, o benefício será pago para os herdeiros legais.

Quando o pagamento da cobertura for por meio de reembolso de despesas, exclusivamente caso a cobertura assim preveja, as pessoas beneficiárias serão aquelas que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

17 ACIONAMENTO DO SEGURO

Atenção: quando ocorrer um evento coberto, o fato deve ser comunicado prontamente 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 todos os documentos informados no [Anexo](#), de modo que o sinistro 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 sinistro 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 do sinistro 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 segurada 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, é seguida a mesma regra, calculado 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.

Se a pessoa segurada falecer durante o período de vigência da apólice em decorrência de um evento coberto e já tiver ocorrido pagamento parcial antecipado do capital segurado, esse valor será subtraído do valor a ser pago às pessoas beneficiárias.

Se durante o período de carência a pessoa segurada falecer, **reserva matemática** constituída será paga aos herdeiros legais.

Em casos de sinistros 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.

Caso a morte ou invalidez total e permanente por acidente não esteja coberta pelo seguro, não será devido o pagamento de nenhum valor. A pessoa segurada ou as beneficiárias serão comunicadas de forma justificada e poderão esclarecer eventuais dúvidas pelos canais de atendimento.

SEGURO VIDA INTEIRA ÚNICO

Esta cobertura não prevê reintegração do capital segurado após o pagamento da indenização.

17.1 Pagamento de benefício por morte

Se a pessoa segurada falecer durante a vigência do seguro em razão de um evento coberto, a seguradora pagará o benefício por morte às pessoas beneficiárias.

Para pagamento integral do benefício, conforme descrito na apólice, as pessoas beneficiárias deverão seguir o disposto no item [Acionamento do seguro](#) e apresentar os documentos do [Anexo](#).

Adiantamento parcial do benefício por morte

Não há cobrança adicional para este benefício.

As pessoas beneficiárias poderão solicitar adiantamento parcial do capital segurado em caso de morte da pessoa segurada, para que possam arcar com despesas imediatas. Para que isso possa ser feito, é preciso que a apólice de seguro não esteja em período de contestação.

O adiantamento poderá ser de até 25% do capital segurado, limitado ao valor máximo de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

A solicitação desse benefício deverá ser realizada por meio de formulário próprio e deverão ser apresentados: cópias de documentos pessoais das pessoas beneficiárias, como RG, CPF, certidão de óbito da pessoa segurada, comprovante de residência e, em caso de óbito decorrente de acidente, a cópia do boletim de ocorrência.

Para garantia dos efeitos legais, o solicitante deverá ser maior de 18 anos e ser indicado no contrato de seguro como pessoa destinatária do adiantamento parcial do benefício. Cada pessoa beneficiária terá direito de solicitar o adiantamento de sua parte, independentemente do pedido das demais. Esse valor será limitado ao percentual de benefício que a ela tiver direito na apólice, respeitado o valor máximo de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Por se tratar de um adiantamento, quando for pago o capital segurado total previsto na apólice, os valores adiantados serão subtraídos.

A seguradora deverá efetuar o pagamento em até 02 (dois) dias úteis após a entrega dos documentos. O pagamento será feito por meio de depósito em conta-corrente ou conta poupança, conforme indicado expressamente no formulário preenchido na solicitação do pedido.

17.2 Pagamento de benefício por Invalidez Permanente e Total por Acidente

O capital segurado contratado para as coberturas de Invalidez Permanente e Total por Acidente será pago à pessoa segurada quando comprovada a situação de invalidez. Se não houver comprovação expressa da invalidez permanente e total decorrente de evento coberto, a seguradora manterá a apólice ativa e as cobranças continuarão a ser de responsabilidade da pessoa segurada ou da responsável pelo pagamento, até o final da vigência.

Se houver comprovação da invalidez permanente e total por acidente, o valor a ser pago será atualizado a partir da data do fato que gerou a invalidez até a data em que ocorrer o pagamento, sendo aplicados os índices do IPCA/IBGE.

Caso seja realizado o pagamento parcial deste benefício e a pessoa segurada tiver até 65 anos de idade, ela será dispensada dos pagamentos pelo seguro.

17.3 Pagamento de benefício por Doença Terminal com expectativa de vida de até 6 meses

A antecipação parcial do capital segurado por doença terminal será paga em parcela única.

17.4 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.

18 OPÇÕES PARA RECEBER O BENEFÍCIO (INDENIZAÇÃO)



Quando houver direito ao pagamento do benefício, as pessoas beneficiárias poderão escolher uma das seguintes formas de receber o valor, salvo indicação prévia feita expressamente pela pessoa segurada:



a) Pagamento total do benefício: em ato único.

b) Pagamento parcial do benefício: de acordo com o percentual escolhido pela pessoa segurada ou pelas beneficiárias, e o restante, pago como renda, conforme uma das opções descritas a seguir.

c) Renda durante um período predeterminado: o benefício total ou parcial poderá ser pago, anual ou mensalmente, na forma de renda durante determinado período. O valor das parcelas da renda será o mesmo durante o período de pagamento e será estabelecido no início dos pagamentos. Será atualizado a cada aniversário do evento, com incidência de percentual para correção monetária, com período previamente determinado pela seguradora; ou

d) Renda de valor fixo em que o benefício total ou parcial poderá ser pago em parcelas fixas, anual ou mensalmente, até o consumo de todo o capital segurado contratado. O valor será reajustado a cada aniversário do evento coberto e terá atualização monetária.

Caso ocorra o falecimento da pessoa beneficiária do pagamento da renda durante o período de recebimento do benefício, a seguradora efetuará o pagamento do valor total das prestações que faltarem ao herdeiro legal, em ato único. Será calculado o valor presente da renda descontada a uma taxa de juros de 2% ao ano, referente ao valor atualizado das prestações futuras que serão pagas em uma única parcela.

Caso seja escolhida a opção de pagamento em forma de renda, as pessoas beneficiárias poderão optar por receber em um único pagamento o valor total correspondente aos pagamentos em renda a receber. No entanto, caso a pessoa segurada tenha solicitado o contrário, deverá ser respeitada a vontade expressa da pessoa segurada sobre o pagamento aos seus beneficiários.

Quando a seguradora realizar o pagamento do benefício das coberturas de Morte ou de Invalidez Permanente e Total por Acidente, a pessoa segurada terá direito de escolher o modo de pagamento do benefício, de acordo com as opções disponíveis nestas condições gerais.

A pessoa beneficiária poderá solicitar o pagamento das rendas a receber em uma única parcela. O valor correspondente à antecipação das rendas futuras será calculado descontado a uma taxa de 2% ao ano.

A pessoa segurada ou a beneficiária receberá da seguradora documento com especificação do período e do valor de cada parcela mensal a ser recebida.

19 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.

Valor de resgate

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

Entre a data da solicitação do resgate e a data do efetivo pagamento, será aplicada correção monetária com base na variação acumulada do IPCA/IBGE. O pagamento do resgate será feito em até 30 (trinta) dias (desde que a documentação esteja completa).

Caso não isso não ocorra, o pagamento do resgate 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 o valor de resgate será de 3% ao ano e já foi considerada na tabela de valor de resgate apresentada na proposta de contratação e na apólice. Não é adequado simular sobre esses valores quaisquer projeções de índices inflacionários ou rentabilidade financeira.

Aplicam-se apenas as atualizações monetárias sobre os valores de resgate informados na proposta de seguro de vida e na apólice, conforme o IPCA/IBGE.

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

Pagamento em forma de renda

Em caso de benefício pago em forma de renda, uma [reserva matemática](#) será constituída pela seguradora e atualizada monetariamente, a cada ano, na mesma data de aniversário da ocorrência do evento coberto, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE durante o período de 12 (doze) meses, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.

A [reserva matemática](#) constituída será atualizada monetariamente e seu saldo será capitalizado mensalmente, com base na taxa de juros de 2% a.a. (dois por cento ao ano).

Inclui-se às rendas o valor da diferença entre a atualização mensal desta [reserva matemática](#) e a atualização anual aplicada à mesma.

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.

20 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.

21 FORO

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

22 DISPOSIÇÕES FINAIS

É dever da pessoa segurada informar imediatamente 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, ele 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.

23 EXPLICAÇÃO DE TERMOS TÉCNICOS

Acidente pessoal: evento com data caracterizada que cause dano à integridade física da pessoa segurada exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão 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. 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

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

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 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.

Assistência financeira: corresponde a um empréstimo concedido à pessoa segurada, de acordo com a legislação vigente. Deverá ser expressamente contratada para que a pessoa segurada possa utilizar.

Assistência financeira automática: corresponde a um empréstimo concedido à pessoa segurada, de acordo com a legislação vigente e tem a finalidade de quitar até 2 (duas) parcelas vencidas, sucessivos ou não, que não tenham sido pagas até o final do período de tolerância. Deverá ser expressamente contratada para que a pessoa segurada possa utilizar.

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.

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.

Carência para resgate: período em que solicitações do valor de resgate por parte da pessoa segurada não poderão ser operacionalizadas.

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.

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 riscos assumidos pela seguradora na ocasião da contratação do seguro.

C **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.



D

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

Doenças ou lesões preexistentes: as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas antes da data de contratação do seguro, que 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.

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.

I

Integridade física: refere-se à condição física do segurado, podendo ocorrer por motivo de invalidez decorrente de doença ou acidente.

Invalidez permanente e total ou parcial por acidente: é aquela para a qual, face às lesões físicas causadas à pessoa segurada por acidente pessoal coberto que cause dano à integridade física da pessoa segurada coberto, não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade, e que gera a perda ou impotência funcional definitiva de um membro ou órgão.



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 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](#).

Pessoa assistida: pessoa beneficiária em gozo do recebimento do benefício sob a forma de renda.

Pessoa beneficiária primária: pessoa física ou jurídica designada na apólice, a quem deve ser pago o benefício em caso de evento coberto.

Pessoa beneficiária secundária: pessoa física ou jurídica designada na apólice, a quem deve ser pago o benefício na falta de pessoas beneficiária primária viva na ocasião do evento coberto, respeitada a legislação em vigor. Caso um ou mais pessoas beneficiárias primárias faleçam antes da pessoa segurada, o percentual correspondente do benefício será dividido entre as pessoas beneficiárias primárias.

As pessoas beneficiárias secundárias receberão o benefício apenas quando não houver beneficiárias primárias vivas, ou ainda, se eventuais pessoas herdeiras das beneficiárias primárias não tiverem adquirido direito ao seu recebimento enquanto elas ainda estavam vivas.



P

Pessoa beneficiária terciária: pessoas físicas ou jurídicas, designadas na apólice, a quem deve ser pago o benefício na falta de pessoas beneficiárias secundárias vivas na ocasião do evento coberto, respeitada a legislação em vigor. Caso um ou mais pessoas beneficiárias secundárias faleçam antes da pessoa segurada, o percentual correspondente do benefício será dividido entre as pessoas beneficiárias secundárias.

As pessoas beneficiárias terciárias receberão o benefício apenas quando não houver pessoas beneficiárias primárias e secundárias vivas, ou ainda, se eventuais pessoas herdeiras destas não tiverem adquirido direito ao seu recebimento enquanto estes ainda estavam vivas.

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: denominado também como custo de seguro, é o 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.

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

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.

Seguro: contrato pelo qual uma das partes (seguradora) se obriga para com a outra (pessoa segurada), mediante o recebimento de um valor (único, 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.

V

Valor de resgate: corresponde ao montante disponível da reserva matemática. Serão deduzidos do pagamento do valor de resgate eventuais valores devidos pela pessoa segurada à seguradora, como: montante principal e os juros acumulados em quaisquer assistências financeiras utilizadas e ainda não quitadas e quaisquer valores devidos pela pessoa segurada e não pagos, acrescidos de multa, juros e atualização monetária. O valor de resgate não representa o somatório dos valores pagos pela pessoa segurada. Sobre o valor de resgate, pode incidir imposto de renda.

ANEXOS - DOCUMENTAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIOS

Benefício por morte da pessoa segurada:

- certidão de óbito da pessoa segurada;
- certidão de casamento atualizada da pessoa segurada, se for o caso;
- documento de identidade e CPF da pessoa segurada e das pessoas beneficiárias;
- certidão de nascimento da pessoa segurada e das pessoas beneficiárias, quando menores de 18 (dezoito) anos;
- comprovante de residência da pessoa segurada e das pessoas beneficiárias, não podendo ser anterior a 6 (seis) meses;
- comprovante de telefone e DDD da pessoa segurada e pessoas beneficiárias;
- comprovante de profissão da pessoa segurada e pessoas beneficiárias;
- CNPJ e contrato/estatuto social, caso a pessoa beneficiária seja pessoa jurídica;
- comprovante de endereço da pessoa beneficiária jurídica, não podendo ser anterior a 6 (seis) meses;
- comprovante de telefone e DDD da pessoa beneficiária jurídica;
- comprovante da situação patrimonial e financeira em caso de pessoa beneficiária jurídica;
- carteira nacional de habilitação da pessoa segurada, se ela era a condutora na ocasião do acidente;
- brevê de piloto e atestado de navegabilidade de aeronave da pessoa segurada, se ela era a piloto na ocasião do acidente;
- carteira de habilitação náutica da pessoa segurada, se ela era piloto da embarcação na ocasião do acidente;

- resultado do exame de dosagem alcoólica no sangue e laudo toxicológico, se a pessoa segurada era a condutora do veículo, aeronave ou embarcação na ocasião do acidente;
- formulário de aviso de sinistro, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pela pessoa beneficiária;
- documento assinado pelo médico assistente da pessoa segurada, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo, com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
- cópia do prontuário médico de internação hospitalar da pessoa segurada, se houve internação;
- boletim de ocorrência policial, em caso de morte violenta ou suspeita;
- auto de reconhecimento de cadáver, exame odonto-legal de reconhecimento ou de DNA, se a morte for por carbonização;
- laudo de necropsia (laudo do exame cadavérico do Instituto Médico Legal – IML), em caso de morte violenta ou suspeita;
- termo de tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de pessoa beneficiária menor e órfão de pai e mãe;
- quando a pessoa beneficiária tiver alienação mental total e incurável ou ainda em qualquer hipótese legalmente prevista, poderá ser necessária a apresentação de termo de curatela; e
- opção de recebimento do benefício assinada por cada pessoa beneficiária (formulário fornecido pela seguradora). No caso de pessoa beneficiária menor de 18 (dezoito) anos, a pessoa responsável direta por ela deverá assinar o documento.

- Ficha de atendimento inicial de urgência.
 - 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.
 - Inquérito policial atualizado.
 - Exames (imagem e laudo) realizados durante a investigação e diagnóstico.
 - Questionário de Esporte e Hobby.
 - Laudo pericial.
 - Termo de Curatela.
 - Procuração.
 - Contrato de União Estável registrado em Cartório.
 - Na ausência da declaração de união estável registrada em cartório, deverão ser apresentados ao menos 3 dos 5 documentos listados a seguir:
 - a) declaração de imposto de renda do último exercício com recibo de entrega, que identifique o cônjuge ou companheiro como dependente da pessoa segurada;
 - b) comprovante de conta conjunta do cônjuge ou companheiro da pessoa segurada;
 - c) se tiverem filhos, certidão de nascimento dos filhos com nome dos pais, na qual conste filiação da pessoa segurada;
 - d) comprovante de residência, emitido até 3 (três) meses antes da data de aviso do sinistro, com o nome do cônjuge ou companheiro da pessoa segurada;
 - e) fatura do cartão de crédito, emitida até 3 (três) meses antes da data de aviso do sinistro, que demonstre cartão adicional em nome do cônjuge ou companheiro.
- Prontuário das consultas médicas.
 - Cópia do receituário de medicação.
 - Documento de identidade e CPF do responsável legal da pessoa beneficiária quando menor de 18 anos.
 - Comprovante de residência do responsável legal da pessoa beneficiária quando menor de 18 anos, não podendo ser anterior a 6 (seis) meses.
 - Formulário de Confirmação de Residência Fiscal.
 - Declaração da pessoa beneficiária para esclarecimentos diversos.
 - Documento de identificação e CPF dos representantes e controladores da empresa até o nível de pessoa física e principais administradores, com relação direta na contratação do seguro e/ou na manutenção da apólice com a Prudential do Brasil.

Benefício por Invalidez Permanente e Total por Acidente da pessoa segurada

- formulário de aviso de sinistro, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pela pessoa segurada ou seu representante legal;
- documento assinado pelo médico assistente da pessoa segurada, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
- documento de identidade e CPF da pessoa segurada;
- certidão de nascimento da pessoa segurada, quando menor de 18 (dezoito) anos;
- comprovante de residência da pessoa segurada, não podendo ser anterior a 6 (seis) meses;
- comprovante de telefone e DDD da pessoa segurada;
- comprovante de profissão da pessoa segurada;
- boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- cópia do prontuário médico de internação hospitalar da pessoa segurada, se houve internação;
- carteira nacional de habilitação da pessoa segurada, se ela era a condutora na ocasião do acidente;
- brevê de piloto e atestado de navegabilidade de aeronave da pessoa segurada, se ela era piloto na ocasião do acidente;
- carteira de habilitação náutica da pessoa segurada, se ela era piloto da embarcação na ocasião do acidente;
- resultado do exame de dosagem alcoólica no sangue e laudo toxicológico, se a pessoa segurada era condutora do veículo, aeronave ou embarcação na ocasião do acidente;
- cópias de exames desde a data do acidente até a alta médica;

- CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se o acidente ocorreu em local de trabalho;

- resultado do exame de corpo de delito realizado pelo Instituto Médico Legal (IML), se tiver sido realizado; e

- declaração médica, reconhecendo o estado de invalidez permanente e total por acidente. A assinatura do médico deverá ter firma reconhecida.

- Ficha de atendimento inicial de urgência.
- Comprovação de renda (contracheques, holerites, prolabore, declaração completa imposto de renda dentre outros).
- Relatório Médico Complementar com reconhecimento de firma da assinatura.
- Extrato de utilização do plano de saúde.
- Inquérito policial atualizado.

- Exames (imagem e laudo) realizados durante a investigação e diagnóstico.
- Questionário de Esporte e Hobby.
- Formulário de Confirmação de Residência Fiscal.
- Declaração do segurado para esclarecimentos diversos.
- Laudo pericial.
- Prontuário das consultas médicas.
- Cópia do receituário de medicação.
- Termo de Curatela.
- Procuração.

Benefício por Doença terminal com expectativa de vida de até 6 meses:

- formulário de aviso de sinistro, fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pela pessoa segurada ou representante legal;
- documento assinado pelo médico assistente da pessoa segurada, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;
- documento de identidade e CPF da pessoa segurada;
- certidão de nascimento da pessoa segurada, quando menor de 18 (dezoito) anos;
- comprovante de residência da pessoa segurada, não podendo ser anterior a 6 (seis) meses;
- comprovante de telefone e DDD da pessoa segurada;
- comprovante de profissão da pessoa segurada;
- cópia do prontuário médico de internação hospitalar da pessoa segurada, se houve internação;
- cópias de exames realizados pela pessoa segurada nos últimos 2 (dois) anos, principalmente aqueles realizados durante o tratamento da doença que motivou a solicitação da antecipação de benefício pago em vida;
- declaração médica informando a sobrevida da pessoa segurada e se todos os recursos terapêuticos foram realizados. A assinatura do médico deverá ter firma reconhecida.

SEGURO VIDA INTEIRA ÚNICO

- Resultado do exame de dosagem alcoólica no sangue e laudo toxicológico.
- Boletim de ocorrência.
- Ficha de atendimento inicial de urgência.
- Comprovação de renda (contracheques, holerites, prolabore, declaração completa imposto de renda dentre outros).
- Carteira nacional de habilitação.
- 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 do segurado para esclarecimentos diversos.
- Prontuário das consultas médicas.
- Cópia do receituário de medicação.
- Termo de Curatela.
- Procuração.

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