

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Condições Contratuais

Versão 1.2

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº 15414.630594/2019-10

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS.....	10
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DO SEGURO.....	10
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	10
CLÁUSULA 3 – COBERTURAS DO SEGURO.....	14
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS	16
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA.....	18
CLÁUSULA 6 – FRANQUIA.....	19
CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA.....	19
CLÁUSULA 8 – ACEITAÇÃO DO SEGURO	19
CLÁUSULA 9 – INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	21
CLÁUSULA 10 – PAGAMENTO DE PRÊMIO.....	22
CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE.....	23
CLÁUSULA 12 – CAPITAL SEGURADO.....	25
CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.....	25
CLÁUSULA 14 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO.....	27
CLÁUSULA 15 – CUSTEIO DO SEGURO	27
CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	27
CLÁUSULA 17 – BENEFICIÁRIOS.....	31
CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS.....	32
CLÁUSULA 19 – REGIME FINANCEIRO	33
CLÁUSULA 20 – PROPAGANDA E PUBLICIDADE.....	34
CLÁUSULA 21 – PRESCRIÇÃO.....	34
CLÁUSULA 22 – DISPOSIÇÕES GERAIS	34
CLÁUSULA 23 – FORO	34
CONDIÇÕES ESPECIAIS	35
COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M.....	35
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	35
CLÁUSULA 2 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	35
CLÁUSULA 3 – CAPITAL SEGURADO.....	35
CLÁUSULA 4 – DATA DO EVENTO	35
CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA.....	35
CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO.....	35

CLÁUSULA 7 – TÉRMINO DA COBERTURA	36
CLÁUSULA 8 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	36
CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS.....	37
CLÁUSULA 10 – DISPOSIÇÕES GERAIS	37
COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA	38
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	38
CLÁUSULA 2 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	38
CLÁUSULA 3 – CAPITAL SEGURADO	38
CLÁUSULA 4 – DATA DO EVENTO	38
CLÁUSULA 5 – TÉRMINO DA COBERTURA	38
CLÁUSULA 6 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	38
CLÁUSULA 7 – BENEFICIÁRIOS.....	39
CLÁUSULA 8 – DISPOSIÇÕES GERAIS	39
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA	40
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	40
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	40
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS.....	40
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS	45
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	46
CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO	46
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO	46
CLÁUSULA 8 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	46
CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA	46
CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	46
CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS.....	47
CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS	47
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – MAJORADA – IPA–M.....	48
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	48
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	48
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS.....	48

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS	49
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	49
CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO	49
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO	49
CLÁUSULA 8 – TÉRMINO DA COBERTURA	49
CLÁUSULA 9 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	49
CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS.....	50
CLÁUSULA 11 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	50
COBERTURA ADICIONAL DE ACESSIBILIDADE FÍSICA EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – AF-IPA.....	51
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	51
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	51
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS	51
CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	51
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO	51
CLÁUSULA 6 – DATA DO EVENTO	51
CLÁUSULA 7 – TÉRMINO DA COBERTURA	51
CLÁUSULA 8 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	52
CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS.....	52
CLÁUSULA 10 – DISPOSIÇÕES GERAIS	52
COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE – DMHO-A	53
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	53
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	53
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS.....	53
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS	53
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	54
CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO	54
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO	54
CLÁUSULA 8 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	54
CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA	54
CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	54
CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS.....	55

CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS	55
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE – DIH-A	56
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	56
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	56
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS	56
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS	57
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	58
CLÁUSULA 6 – FRANQUIA	58
CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO	58
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO	58
CLÁUSULA 9 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	59
CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA	59
CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	59
CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS	59
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS	59
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI OU CTI DECORRENTE DE ACIDENTE – DIH-A-UTI/CTI	60
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	60
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	60
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS	60
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS	61
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	61
CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO	61
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO	61
CLÁUSULA 8 – FRANQUIA	61
CLÁUSULA 9 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	62
CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA	62
CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	62
CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS	62
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS	62

COBERTURA ADICIONAL DE DECESSOS – DE	63
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	63
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	63
CLÁUSULA 3 – CARÊNCIA.....	63
CLÁUSULA 4 – RISCOS COBERTOS.....	63
CLÁUSULA 5 – RISCOS EXCLUÍDOS	67
CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	67
CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO.....	68
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO	68
CLÁUSULA 9 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO.....	68
CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA	68
CLÁUSULA 11 – SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS	68
CLÁUSULA 12 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	69
CLÁUSULA 13 – BENEFICIÁRIOS.....	70
CLÁUSULA 14 – DISPOSIÇÕES GERAIS	70
COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO – AJ	71
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	71
CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS.....	71
CLÁUSULA 3 – CARÊNCIA.....	71
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS	71
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	72
CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO.....	72
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO	72
CLÁUSULA 8 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO.....	72
CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA	72
CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	72
CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS.....	73
CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS	73
COBERTURA ADICIONAL DE ANTECIPAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EM FASE TERMINAL POR DOENÇA OU ACIDENTE – AIFT-DA.....	74
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	74
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	74
CLÁUSULA 3 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	74

CLÁUSULA 4 – CARÊNCIA.....	74
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO.....	74
CLÁUSULA 6 – DATA DO EVENTO	74
CLÁUSULA 7 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO.....	75
CLÁUSULA 8 – TÉRMINO DA COBERTURA	75
CLÁUSULA 9 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	75
CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS.....	75
CLÁUSULA 11 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	76
COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – DC	77
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	77
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	77
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS.....	78
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS	79
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	79
CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA.....	79
CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO.....	79
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO	79
CLÁUSULA 9 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO.....	79
CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA	80
CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	80
CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS.....	81
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS	81
COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA OU GINECOLÓGICOS – DC–MG	82
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	82
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	82
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS.....	84
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS	84
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	84
CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA.....	84
CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO.....	84
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO	84
CLÁUSULA 9 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO.....	85

CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA	85
CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	86
CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS.....	86
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS	86
COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES – DG	87
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	87
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	87
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS.....	88
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS	89
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	90
CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA.....	90
CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO.....	90
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO	90
CLÁUSULA 9 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO.....	90
CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA	91
CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	91
CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS.....	93
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS	93
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)....	94
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA CLÁUSULA	94
CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS.....	94
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS	94
CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	94
CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA.....	94
CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO.....	95
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO	95
CLÁUSULA 8 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO.....	95
CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA	95
CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	95
CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS.....	96
CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS	96
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHO(S) E/OU ENTEADO(S)	97

Sede Berrini

Avenida das Nações Unidas, 11.711 • Brooklin Paulista
São Paulo • SP • Brasil • 04578-000

www.mapfre.com.br



CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA CLÁUSULA	97
CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS	97
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS	97
CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	98
CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA	98
CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO	98
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO	98
CLÁUSULA 8 – TÉRMINO DA COBERTURA	98
CLÁUSULA 9 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	98
CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS	99
CLÁUSULA 11 – DISPOSIÇÕES GERAIS	99

CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de Prêmio pela Seguradora, o pagamento de Indenização ao próprio Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado contratado, na ocorrência de um Evento Coberto, durante a Vigência do Seguro, observados os Riscos expressamente Excluídos, as hipóteses de perda de direito e as demais Condições Contratuais.

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Pessoal:** o evento com data caracterizada, exclusivo e **DIRETAMENTE externo, súbito, involuntário e violento, CAUSADOR DE LESÃO FÍSICA** que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, **tenha como consequência DIRETA a morte ou a Invalidez Permanente, total ou parcial, DO SEGURADO**, ou que torne necessário tratamento Médico, observando-se que:

2.1.1. Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de Indenização, a Acidente Pessoal, observada legislação em vigor;
- b) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes decorrentes de sequestros e suas tentativas; e
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.2. **EXCLUEM-SE DESSE CONCEITO:**

- A) AS DOENÇAS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO VISIVELMENTE 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 ESSES, ASSIM COMO AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, DOENÇAS OSTEO-MUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, LESÃO POR TRAUMA CONTINUADO OU CONTÍNUO – LTC, OU SIMILARES QUE VENHAM A SER ACEITAS PELA CLASSE MÉDICO-CIENTÍFICA, BEM COMO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS PÓS-TRATAMENTOS, INCLUSIVE CIRÚRGICOS, EM QUALQUER TEMPO; E
- D) AS SITUAÇÕES RECONHECIDAS POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA OU ASSEMELHADAS, COMO "INVALIDEZ ACIDENTÁRIA", NAS QUAIS O EVENTO CAUSADOR DA LESÃO NÃO SE ENQUADRE INTEGRALMENTE NA CARACTERIZAÇÃO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE PESSOAL, DEFINIDO NESTA CLÁUSULA.

- 2.2. **Apólice:** documento emitido pela Seguradora que formaliza o contrato de seguro, que discrimina as coberturas contratadas e estabelece os direitos e as obrigações das partes.
- 2.3. **Aviso de Sinistro:** comunicação específica com a finalidade de dar conhecimento à Seguradora da ocorrência de evento passível de Cobertura.
- 2.4. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores do Capital Segurado/ou Cobertura, respeitada a Cobertura contratada, na hipótese de ocorrência do Evento Coberto.
- 2.5. **Capital Segurado:** valor máximo para a Cobertura contratada vigente na data do Evento Coberto, a ser pago pela Seguradora.
- 2.6. **Carência:** período de tempo, contado a partir da data de início de Vigência do Seguro ou do aumento do Capital Segurado, **durante o qual a Seguradora está isenta de responsabilidade indenizatória**, ou seja, em que o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados em eventual ocorrência de Sinistro.
- 2.7. **Coberturas:** obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto, descritas nas Condições Contratuais, observados os Riscos expressamente Excluídos e as hipóteses de perda do direito às Coberturas.
- 2.8. **Comoriência:** presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.
- 2.9. **Companheiro(a):** pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos pela legislação vigente.

-
- 2.10. **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais e Apólice.
- 2.11. **Condições Especiais:** conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidades de Cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.
- 2.12. **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, do(s) Segurado(s) e do(s) Beneficiário(s).
- 2.13. **Corretor:** é a pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a intermediar e promover a realização de contratos de seguro entre as Seguradoras e os Segurados. **O Corretor de seguros responde civilmente perante os segurados, seguradora e os beneficiários, pelos prejuízos que causar no exercício da profissão.**
- 2.14. **Culpa Grave:** termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada pela falta extrema do agente, que não prevê fato previsível aos homens comuns e, embora sem a intenção, assume o resultado de produzi-lo. **Sendo motivo para a perda do direito por parte do Segurado.**
- 2.15. **Declaração Pessoal de Saúde e Atividades:** documento utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual o Proponente presta as informações e declarações relacionadas às suas condições de saúde e/ou atividades exercidas, e que serão levadas em consideração pela Seguradora para avaliação do risco e na regulação de Evento Coberto.
- 2.16. **Doença:** toda e qualquer alteração da saúde do Segurado, causada por ação direta ou indireta de agentes mórbidos, de origem interna ou externa em relação ao corpo humano, e que necessite de tratamento Médico.
- 2.17. **Doença Profissional:** Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional inerentes à ocupação de uma pessoa.
- 2.18. **Doenças e Lesões Preexistentes:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado em data anterior à data da contratação do seguro, de seu prévio conhecimento, não declarada na proposta, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou da existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações do seu estado de saúde. **A omissão dessas Doenças ou Lesões, por ocasião da contratação do seguro, ensejará a perda de direito às Coberturas previstas na Apólice.**
- 2.19. **Domicílio do Segurado:** endereço em que o Segurado mantém sua residência habitual no Brasil.
- 2.20. **Endosso:** documento emitido pela Seguradora, durante a Vigência do Seguro, por meio do qual são alterados as condições de uma Apólice de seguro, de comum acordo com o Segurado.
- 2.21. **Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, ocorrido durante a Vigência do Seguro, enquadrado na Cobertura prevista na Apólice contratada.

- 2.22. **Filho:** aquele considerado dependente econômico do Segurado, desde que observadas as condições indicadas abaixo:
- Filho(a) ou Enteadado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
 - Filho(a) ou Enteadado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho; e
 - Filho(a) ou Enteadado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de Ensino Médio, até completar 24 (vinte e quatro) anos.
- 2.23. **Franquia:** período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do Evento Coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à Cobertura do seguro.
- 2.24. **Foro:** âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do seguro.
- 2.25. **Indenização:** é o valor máximo a ser pago ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) pela Seguradora, quando da ocorrência de Evento Coberto, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva Cobertura contratada, vigente na data do evento.
- 2.26. **Médico/Médico Assistente:** profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, de escolha do Segurado, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do Segurado. **A Seguradora não aceitará que seja nomeado como Médico Assistente o próprio Segurado, seu Cônjuge, Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.**
- 2.27. **Meios Remotos:** são aqueles meios que permitem a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologia tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.
- 2.28. **Período de Cobertura:** prazo de duração da Cobertura contratada, no qual o Segurado ou o(s) Beneficiário(s), terá(ão) direito ao Capital Segurado contratado, no caso de ocorrência de Evento Coberto.
- 2.29. **Prazo de Tolerância:** intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de Evento Coberto, o Segurado inadimplente terá direito à Cobertura, mediante a regularização do Prêmio em atraso.
- 2.30. **Prêmio:** importância paga pelo Segurado à Seguradora para que esta assumo o risco a que o Segurado está exposto.
- 2.31. **Premoriência:** morte de uma pessoa ocorrida anteriormente à de uma outra pessoa, que lhe sobrevive.
- 2.32. **Proponente:** pessoa física interessada em contratar a(s) Cobertura(s) do seguro.
- 2.33. **Pro Rata Temporis:** no caso do seguro, é o método de calcular o Prêmio do seguro proporcional aos dias de vigência decorridos no seguro.

- 2.34. **Proposta de Contratação:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar Cobertura(s) e manifesta pleno conhecimento das Condições Contratuais.
- 2.35. **Regime Financeiro de Repartição Simples:** estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as Indenizações decorrentes dos Eventos Cobertos, ocorridos nesse período, não havendo, portanto, devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.
- 2.36. **Regulação de Sinistro:** conjunto dos procedimentos realizados pela Seguradora na ocorrência de um Sinistro para apuração de suas causas, circunstâncias e valores envolvidos com vistas à caracterização do risco ocorrido e sem enquadramento no seguro.
- 2.37. **Relatório Médico:** documento na forma de relatório ou similar, elaborado e preenchido por Médico com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos Médicos correlatos. **Não será aceito, para fins de liquidação do Sinistro, documento emitido por Médico que seja o próprio Segurado, seu Cônjuge/Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.**
- 2.38. **Riscos Excluídos:** eventos indicados nas Condições Contratuais do seguro como riscos não cobertos. Ou seja, em caso de ocorrência não haverá indenização por parte da Seguradora.
- 2.39. **Segurado:** pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.40. **Segurado Dependente:** é o Cônjuge ou companheiro(a), filho(s) e/ou Enteado(s), do Segurado Titular, quando incluído no contrato de seguro, desde que não seja Segurado Titular na referida Apólice.
- 2.41. **Segurado Titular:** pessoa física responsável pela formalização da contratação do seguro, bem como pela sua manutenção junto à Seguradora.
- 2.42. **Seguradora:** empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) Cobertura(s) contratada(s), mediante o recebimento de Prêmio, conforme estabelecido nestas Condições Contratuais.
- 2.43. **Sinistro:** ocorrência do risco coberto, durante o período de Vigência do Seguro.
- 2.44. **Vigência do Seguro:** período de tempo fixado para validade do contrato de seguro.

CLÁUSULA 3 – COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. As Coberturas disponíveis para contratação neste seguro estão dispostas nesta cláusula, respeitando as regras de conjugação indicadas nesta cláusula e preestabelecidas pela Seguradora, bem como seus respectivos objetivos, Riscos Excluídos específicos, Capital Segurado e demais disposições estão determinados nas respectivas Condições Especiais de cada Cobertura.

3.2. Coberturas Básicas

- a) Morte – M
- b) Morte Acidental – MA

3.2.1. As Coberturas básicas poderão ser contratadas isoladamente.

3.3. Coberturas Adicionais

- a) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA–M
- c) Acessibilidade Física em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – AF–IPA
- d) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente – DMHO–A
- e) Diárias de Internação Hospitalar decorrente de Acidente – DIH–A
- f) Diárias de Internação Hospitalar em UTI ou CTI decorrente de Acidente – DIH–A–UTI/CTI
- g) Decessos – DE
- h) Aquisição de Jazigo – AJ
- i) Antecipação da Indenização em Fase Terminal por Doença ou Acidente – AIFT–DA
- j) Diagnóstico de Câncer – DC
- k) Diagnóstico de Câncer de Mama ou Ginecológicos – DC–MG
- l) Doenças Graves – DG

3.3.1. Cláusulas Suplementares

- a) Inclusão Facultativa de Cônjuge ou Companheiro(a)
- b) Inclusão Facultativa de Filho(s) e/ou Enteados(s)

3.4. As Coberturas adicionais não podem ser contratadas sem ao menos uma das Coberturas Básicas. Quando da conjugação de Coberturas, o Proponente poderá optar pela contratação das Coberturas descritas nas Condições Especiais deste seguro, observado as seguintes definições:

3.4.1. A Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA–M será contratada com a Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

3.4.2. A Cobertura Adicional de Acessibilidade Física em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – AF–IPA será contratada com a Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

3.4.3. A Cobertura Adicional de Diárias de Internação Hospitalar em UTI ou CTI decorrente de Acidente – DIH–A–UTI/CTI será contratada com a Cobertura Adicional de Diárias de Internação Hospitalar decorrente de Acidente – DIH–A.

3.4.4. A Cobertura Adicional de Aquisição de Jazigo – AJ será contratada com a Cobertura adicional de Decessos – DE.

- 3.4.5. As Coberturas Adicionais de Diagnóstico de Câncer – DC, Diagnóstico de Câncer de Mama ou Ginecológicos – DC–MG e Doenças Graves – DG não podem ser contratadas em conjunto.
- 3.4.6. A Cobertura Adicional de Antecipação da Indenização em Fase Terminal por Doença ou Acidente será contratada com a Cobertura básica de Morte – M.
- 3.5. A Seguradora poderá oferecer aos Proponentes à contratação das cláusulas suplementares indicadas no subitem 3.3.1, o que permitirá a extensão das Coberturas Básicas e das Coberturas Adicionais contratadas aos dependentes Cônjuge/Companheiro(a) e/ou Filho(s)/Enteado(s) do Segurado, de acordo com as definições constantes nas respectivas Condições Especiais.
- 3.6. As Coberturas previstas nestas Condições Contratuais somente serão válidas quando contratadas e seus respectivos Prêmios estiverem pagos, conforme expressamente previstos na Proposta de Contratação e/ou na Apólice de seguros.

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE SEGURO, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:
- A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES, INCLUINDO EXPLOSÃO NUCLEAR, PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;
 - B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO, ATOS TERRORISTAS OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO SE FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA OCORRIDO PELA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTES OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;
 - C) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUE A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR, PRESCRITOS POR MÉDICOS, EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E QUE CONTRIBUA, DIRETA OU INDIRETAMENTE, NA CARACTERIZAÇÃO DE UM EVENTO PREVISTO NESTAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO;
 - D) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS DE VIGÊNCIA ININTERRUPTOS DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA RESPECTIVA COBERTURA OU DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO, OU AINDA, DA SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE COBERTURA. NESTAS HIPÓTESES, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA;
 - E) DE DANOS E PERDAS CAUSADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVÁ-LO COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL,

- ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;
- F) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO, OU PELO REPRESENTANTE LEGAL DE UM OU DE OUTRO;
 - G) NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOA JURÍDICA OU NAQUELES CUJO BENEFICIÁRIO SEJA UMA PESSOA JURÍDICA, INCLUEM-SE OS DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES E/OU SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;
 - H) DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS, INUNDAÇÕES, TUFÕES, TEMPESTADES OU QUAISQUER OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
 - I) DE EPIDEMIAS, PANDEMIAS E ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO OFICIALMENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, A FEBRE AFTOSA, A MALÁRIA, A DENGUE, A MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS, DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE;
 - J) DE PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS E/OU MEDICAMENTOS, DESDE QUE SEJA DEMONSTRADO SEU NEXO CAUSAL;
 - K) DE EVENTOS EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM, CONSUMADO OU NÃO, BEM COMO ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO;
 - L) DE PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E/OU BRIGAS, EXCETO NOS CASOS DE PRÁTICA DE ESPORTE, LEGÍTIMA DEFESA, ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO OU ESTADO DE NECESSIDADE;
 - M) DE IMPRUDÊNCIA OU NEGLIGÊNCIA GRAVE DO SEGURADO, ASSIM DECLARADO JUDICIALMENTE, BEM COMO DOENÇAS CONTRAÍDAS INTENCIONALMENTE PELO PRÓPRIO SEGURADO;
 - N) DE ATOS DOLOSOS, PRATICADOS PELO SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE, DECORRENTES DE VIOLAÇÃO DE LEIS OU NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS OU COMERCIAIS, QUE REPRESENTEM NEXO CAUSAL COM O EVENTO GERADOR DO SINISTRO; E
 - O) DE ATIVIDADES, TRABALHOS OU ESPORTES PERIGOSOS OU COMPORTAMENTOS DE RISCO, TAIS COMO:
 - 1) PARTICIPAR EM ATOS DE GUERRA, REBELIÃO, BRIGAS, ENQUANTO O SEGURADO É O PROVOCADOR, ATOS CRIMINOSOS, MOTIM, REVOLUÇÃO OU SITUAÇÕES DE GUERRA;
 - 2) PRATICAR *KITESURF* OU QUALQUER TIPO DE DESPORTO OU DE QUEDA LIVRE, MOTOCICLISMO, ESQUI, TOURADAS, MONTANHISMO, RODEIO, MERGULHO, BOXE, LUTA LIVRE, ASA-DELTA, *RAFTING*, *JET SKI*, EXPLORAÇÃO DE CAVERNAS OU *BUNGEE JUMPING*, ESPORTES DE INVERNO OU OUTRAS ATIVIDADES DE ESPORTES RADICAIS, VELOCIDADE OU LUTA; E,
 - 3) PARTICIPAR EM CORRIDAS AUTOMOBILÍSTICAS, A CAVALO OU DE BICICLETA, BEM COMO TESTES OU COMPETIÇÕES DE VELOCIDADE, SEGURANÇA OU RESISTÊNCIA;
 - 4) DIRIGIR MOTOCICLETAS E/OU VEÍCULOS SEMELHANTES, SEJAM AQUÁTICOS, AÉREOS OU TERRESTRES, NAS SITUAÇÕES:

- A) DIRIGIDOS POR MOTORISTAS/PILOTOS, INCLUSIVE O SEGURADO, NÃO LEGALMENTE HABILITADOS;
- B) VEÍCULOS OFICIAIS OU MILITARES QUE NÃO SE DESTINEM AO TRANSPORTE DE PASSAGEIROS OU AUTORIDADES;
- C) NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS COMPETENTES PARA CONDUÇÃO, VOO OU NAVEGAÇÃO, EM VIGOR;
- D) QUANDO CONSTATADO QUALQUER ATO ILÍCITO PRATICADO PELO SEGURADO, ENVOLVENDO A UTILIZAÇÃO DO VEÍCULO; E
- E) QUANDO O EVENTO OCORRER DURANTE O EXERCÍCIO DE UMA ATIVIDADE PROFISSIONAL DO QUAL O SEGURADO UTILIZA MOTOCICLETA E/OU VEÍCULOS SEMELHANTES, DIFERENTE DA ATIVIDADE INFORMADA NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO.

4.2. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NO ITEM 4.1, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS PARA ACIDENTES PESSOAIS, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:

- A) DE DOENÇAS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS E AS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS, BEM COMO A DOENÇA COMUMENTE CHAMADA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC, 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) DE INTERCORRÊNCIAS E COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS OU POR EQUIPAMENTOS, QUANDO TAIS PROCEDIMENTOS NÃO FOREM RESULTANTES DE ACIDENTES COBERTOS;
- C) DE ERROS MÉDICOS;
- D) DE PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS; E
- E) DE ACIDENTE QUANDO O SEGURADO ESTIVER PRESENTE EM AERONAVE, EMBARCAÇÃO OU VEÍCULO A MOTOR QUE:
 - I. NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO, EM VIGOR;
 - II. DIRIGIDOS POR PILOTOS, INCLUSIVE O SEGURADO, NÃO LEGALMENTE HABILITADOS;
 - III. OFICIAIS OU MILITARES QUE NÃO SE DESTINEM AO TRANSPORTE DE PASSAGEIROS OU AUTORIDADES.

4.3. OS DEMAIS RISCOS EXCLUÍDOS, ESPECÍFICOS POR COBERTURA, ESTÃO EXPRESSAMENTE DEFINIDOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA RESPECTIVA COBERTURA.

CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

5.1. O âmbito geográfico de cada uma das Coberturas será definido nas respectivas Condições Especiais de cada Cobertura.

CLÁUSULA 6 – FRANQUIA

6.1. A FRANQUIA DE CADA COBERTURA, QUANDO APLICADA, ESTARÁ PREVISTA NA CONDIÇÃO ESPECIAL DE CADA COBERTURA, SENDO TAMBÉM DEFINIDA NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA APÓLICE DE SEGURO.

CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA

7.1. HAVERÁ CARÊNCIA NOS 2 (DOIS) PRIMEIROS ANOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, PARA A TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.

7.2. O PRAZO DE CARÊNCIA SERÁ CONTADO A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA OU EM RELAÇÃO AO VALOR DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO OU DA COBERTURA INCLUÍDA, EM CASO DE ALTERAÇÃO DA VIGÊNCIA NO CONTRATO.

7.3. NÃO HÁ PRAZO DE CARÊNCIA PARA SINISTROS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL, RESSALVADA A HIPÓTESE PREVISTA NO ITEM 7.1.

7.4. ALÉM DO PRAZO PREVISTO NO ITEM 7.1, A CARÊNCIA DE CADA COBERTURA, QUANDO APLICADA, ESTARÁ PREVISTA NA CONDIÇÃO ESPECIAL DE CADA COBERTURA, SENDO TAMBÉM DEFINIDA NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA APÓLICE DE SEGURO.

CLÁUSULA 8 – ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1. A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.

8.2. Poderá ser aceito como Segurado, todo Proponente que esteja, na data da contratação do seguro, em plenas condições de exercer atividade profissional, ou aposentado por idade ou tempo de serviço e que se encontre em perfeitas condições de saúde e com idade compreendida entre 14 (quatorze) anos e 80 (oitenta) anos completos.

8.2.1. Para a cobertura adicional de Doenças Graves a idade máxima para contratação será de 70 (setenta) anos.

8.3. A contratação ou alteração do seguro será feita mediante solicitação verbal do interessado e apresentação de Proposta preenchida e assinada pelo Proponente, seu representante legal ou pelo Corretor de Seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do seguro, seguida da emissão da Apólice.

8.3.1. Equipara-se à solicitação verbal do interessado, a manifestação do Proponente efetuada com a utilização de Meios Remotos.

8.4. Na Proposta de Contratação deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à Seguradora avaliar o risco. A constatação de omissões, declarações inexatas, ou circunstâncias que possam influenciar na aceitação da proposta ou na fixação do Prêmio do seguro, poderá implicar na perda do direito à Indenização, além da obrigação ao pagamento do Prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão

nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora terá o direito, a seu critério, de rescindir o contrato ou a cobrar a diferença do Prêmio, mesmo após a caracterização do Evento Coberto.

- 8.5. A Proposta de Contratação poderá vir acompanhada da Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade (ou prova de saúde e/ou atividades), podendo ser compulsória ou facultativa.
- 8.6. O Proponente deverá, obrigatoriamente, fornecer à Seguradora as seguintes informações cadastrais, observadas as condições e prazos da normatização e legislação em vigor:
- a) Nome completo;
 - b) Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/MF;
 - c) Endereço completo (logradouro, bairro, Código de Endereçamento Postal – CEP, cidade, unidade da federação);
 - d) Número de telefone e código de DDD, se houver;
 - e) Estado Civil;
 - f) Profissão;
 - g) Faixa de renda mensal; e
 - h) Enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso.
- 8.7. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, de alteração ou renovação, para aceitá-la ou recusá-la.
- 8.8. A Seguradora, dentro do prazo estabelecido para aceite ou recusa da proposta, poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.
- 8.8.1. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.**
- 8.8.2. A solicitação de documentos complementares poderá ocorrer apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 8.8, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.
- 8.9. A recusa do risco será comunicada pela Seguradora ao Proponente ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.
- 8.10. Caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos. O valor a ser devolvido será atualizado conforme definido na CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.
- 8.11. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Contratação.
- 8.12. Durante o período compreendido entre a data da recepção da Proposta de Contratação com adiantamento do Prêmio e a data da formalização da recusa do risco, haverá cobertura pelo seguro.

- 8.13. A aceitação da proposta, alteração ou renovação se formalizará com a emissão da Apólice de Seguro pela Seguradora no início do contrato e em cada renovação, em até 15 (quinze) dias, a partir da aceitação da proposta.
- 8.14. Se o Segurado desejar alterar as condições contratadas, deverá solicitá-lo à Seguradora com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 8.15. A alteração será considerada efetuada somente após manifestação formal da Seguradora aceitando a alteração pedida pelo Segurado, seu representante legal ou pelo Corretor de Seguros. A simples solicitação não caracterizará, por si só, a aceitação pela Seguradora, que terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa do risco, observado o disposto no item 8.8.
- 8.16. A contratação do seguro prova-se com a exibição da Apólice, e, na falta desta, por documento comprobatório do pagamento do respectivo Prêmio.
- 8.17. A confirmação de quitação do 1º (primeiro) pagamento enviada pela Seguradora, através de Meios Remotos, também servirá como prova da contratação do seguro.
- 8.17.1. Se não houver o pagamento da 1ª (primeira) parcela do seguro até a data de seu vencimento, a contratação do seguro não será efetivada.
- 8.18. O Segurado poderá desistir do seguro contratado, no prazo de 7 (sete) dias corridos, contados a partir da data de emissão da Apólice de Seguro.
- 8.18.1. Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento previsto no item anterior, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão devolvidos, de imediato. A devolução será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do Prêmio, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizadas pela Seguradora.
- 8.19. **É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIO DE PROCURAÇÃO.**

CLÁUSULA 9 – INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 9.1. As Apólices e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
- 9.2. O início de vigência da(s) Cobertura(s) contratada(s) e/ou da alteração de Capital Segurado, ocorridas durante a vigência da Apólice, acompanhará o início de vigência do novo Prêmio.
- 9.3. O prazo de vigência da Apólice será de 5 (cinco) anos, podendo ser renovada automaticamente uma única vez, por igual período, salvo se a Seguradora ou o Segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, contados da data de vencimento da Apólice, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.

- 9.4. As renovações posteriores a primeira deverão ser expressas entre as partes, Seguradora e Segurado, sendo que cabe à Seguradora, com no mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência à data do vencimento da Apólice, iniciar o processo de renovação através de comunicação por escrito do interesse pela renovação do seguro.
- 9.5. A aceitação da proposta, bem como de cada alteração ou renovação, implicará na emissão e envio do respectivo Endosso ou Apólice de seguro, quando for o caso, pela Seguradora. **Em caso de inexatidão das informações da Apólice, o Segurado deverá comunicar imediatamente a Seguradora para a sua regularização. Caso seja comprovado que as informações inexatas da Apólice são decorrentes das declarações do Proponente imputadas na Proposta de Contratação, e não havendo a correção imediata das informações após o recebimento da Apólice, o Segurado poderá perder o direito à Indenização.**
- 9.6. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

CLÁUSULA 10 – PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 10.1. O valor do Prêmio inicial será determinado quando da contratação do seguro, em função da idade do Segurado, das Coberturas contratadas, do Capital Segurado e da periodicidade de pagamento do Prêmio, definidos na Proposta de Contratação.
- 10.2. Para garantir seu direito à Cobertura, o Segurado deverá efetuar o pagamento do Prêmio do seguro, respeitada a forma e periodicidade escolhida na Proposta de Contratação, até a data de seu vencimento.
- 10.3. O Segurado poderá optar entre a forma de pagamento por **débito em conta corrente, nos bancos credenciados da Seguradora, por débito em cartão de crédito ou por meio de ficha de compensação bancária, devendo constar na Proposta de Contratação a opção escolhida pelo Segurado.**
- 10.3.1. Nos casos de opção de pagamento por débito em conta, o Prêmio será debitado na data de vencimento definida pelo Segurado na Proposta de Contratação.
- 10.3.2. Para os casos de opção de pagamento por fatura do cartão de crédito, o Prêmio será debitado no vencimento da fatura do cartão.
- 10.3.3. E nos casos de opção de pagamento por ficha de compensação bancária, a data de vencimento será definida pelo Segurado na Proposta de Contratação.
- 10.4. **A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO EM CONTA OU EM FATURA DE CARTÃO DE CRÉDITO PODERÁ CARACTERIZAR INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO, SENDO APLICADO O DISPOSTO NA CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE.**

- 10.5. Quanto a periodicidade de pagamento do Prêmio, que constará da Proposta de Contratação, conforme mencionado no item 10.3 acima, este poderá ser mensal ou anual, sendo que este último poderá ser “à vista” ou fracionado.
- 10.5.1. Em caso de pagamento fracionado do Prêmio, o Segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados, quando couber.
- 10.5.2. Para os Prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da Apólice.
- 10.5.3. Não será permitida cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.
- 10.6. Durante a vigência da Apólice, o Segurado poderá solicitar a substituição da periodicidade e/ou da forma de pagamento do Prêmio, respeitada e observada a existência de parcela em aberto, que permita a referida alteração.
- 10.7. Caso a data estabelecida para pagamento do Prêmio do seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o Segurado poderá efetuar o pagamento do Prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas Coberturas, e sem acréscimo de valor.
- 10.8. Em caso de atraso no pagamento do Prêmio será observado o disposto nos itens da CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS.
- 10.9. Os tributos incidentes sobre o valor do Prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 11.1. O NÃO PAGAMENTO DO 1º (PRIMEIRO) PRÊMIO MENSAL, DO PRÊMIO ANUAL À VISTA OU DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO ANUAL FRACIONADO, ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, CARACTERIZA A NÃO EFETIVAÇÃO DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO.
- 11.2. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À 1ª (PRIMEIRA), NOS PRAZOS ESTIPULADOS, INICIARÁ A CONTAGEM DE PRAZO DE TOLERÂNCIA DE 60 (SESSENTA) DIAS PARA REGULARIZAÇÃO DO PAGAMENTO, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE VENCIMENTO DO 1º (PRIMEIRO) PRÊMIO INADIMPLENTE.
- 11.3. PARA OS CASOS DE OPÇÃO POR PAGAMENTO DE PRÊMIO MENSAL OU ANUAL À VISTA:
- 11.3.1. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA, DESCRITO NO ITEM 11.2, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS DURANTE A INADIMPLÊNCIA, PORÉM O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO FICARÁ CONDICIONADO AO RECEBIMENTO DO(S) PRÊMIO(S) DEVIDO(S), COM OS ENCARGOS PREVISTOS NA CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, OU, QUANDO FOR O CASO, A

SEGURADORA PODERÁ ABATER O(S) PRÊMIO(S) DEVIDO(S) DA INDENIZAÇÃO PAGA AO(S) BENEFICIÁRIO(S).

11.3.2. APÓS O TÉRMINO DO PRAZO DE TOLERÂNCIA, MENCIONADO NO ITEM 11.2, SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO.

11.4. PARA OS CASOS DE OPÇÃO POR PAGAMENTO DE PRÊMIO ANUAL FRACIONADO:

11.4.1. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À PRIMEIRA, O PRAZO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL SERÁ AJUSTADO EM FUNÇÃO DO PRÊMIO EFETIVAMENTE PAGO, TOMANDO-SE POR BASE O CÁLCULO *PRO RATA TEMPORIS*.

11.4.2. RESTABELECIDO O PAGAMENTO DO PRÊMIO FICARÁ RESTAURADO O PRAZO ORIGINAL DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.

11.4.3. CASO NÃO HAJA PAGAMENTO DO PRÊMIO DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA DESCRITO NO ITEM 11.2, O SEGURO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO, RESPEITANDO-SE A VIGÊNCIA AJUSTADA, CONFORME DESCRITO NO SUBITEM 11.4.1.

11.5. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO COM FIEL OBSERVÂNCIA DE TODOS OS PRÉ-REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DO PROPONENTE NO SEGURO, CONFORME DISPOSTO NA CLÁUSULA 8 – ACEITAÇÃO DO SEGURO. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, EM HIPÓTESE ALGUMA SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.

11.6. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS PELA SEGURADORA DE UMA SÓ VEZ E REAJUSTADOS CONFORME PREVISTO NA CLAUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.

11.7. A rescisão do seguro poderá ser realizada mediante acordo entre as partes contratantes, exceto para os casos de cancelamento por inadimplência.

11.8. A rescisão total ou parcial do seguro poderá ser realizada a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, mas sempre com a concordância recíproca, desde que tal intenção seja devidamente solicitada a outra parte, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de vencimento da próxima parcela do seguro, a fim de evitar que tal parcela seja cobrada/debitada.

11.8.1. Caso a(o) cobrança/débito seja efetuada(o), a Seguradora providenciará a devolução do valor, se devido, observando o disposto no subitem abaixo.

11.8.2. No caso de existir(em) parcela(s) pendente(s) em débito em conta corrente ou cartão de crédito e não houver tempo hábil para bloquear a cobrança da próxima parcela, a Seguradora providenciará a devolução do valor pago.

- 11.9. Na hipótese de cancelamento, a Seguradora reterá do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido entre o início de vigência e a data de emissão do cancelamento, calculado na base *Pro Rata Temporis*.
- 11.10. A Apólice não poderá ser cancelada durante o prazo de vigência pela Seguradora, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 11.11. A Apólice será cancelada, sem qualquer restituição de Prêmio e emolumentos, nas seguintes situações:
- No final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente;
 - Pelo descumprimento, por parte do Segurado, de qualquer cláusula/disposição das Condições Contratuais da Apólice;
 - Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo Segurado, seu representante legal, Beneficiário ou Corretor, devidamente comprovada na contratação do seguro, durante a sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a Indenização;
 - Com o pagamento total do Capital Segurado contratado, quando a Cobertura indenizada prever, em suas Condições Especiais, a extinção da Apólice contratada; e
 - Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas na CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS.
- 11.12. Além das situações mencionadas anteriormente, a Apólice estará automaticamente cancelada:
- Com o falecimento do Segurado Titular;
 - Na data em que for protocolado na Seguradora o PEDIDO DE CANCELAMENTO feito pelo Segurado ou o cancelamento ocorrer a pedido da Seguradora; e
 - Por falta de pagamento do Prêmio, respeitado o que dispõe na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO.

CLÁUSULA 12 – CAPITAL SEGURADO

- 12.1. O Capital Segurado contratado para cada uma das Coberturas corresponderá ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Evento Coberto, **respeitadas as Condições Contratuais e os limites estabelecidos para cada Cobertura contratada** e será estabelecido na Apólice.
- 12.2. O Segurado, a qualquer tempo, poderá solicitar à Seguradora a emissão de Endosso para alteração dos limites dos capitais estabelecidos na Apólice, ficando a critério da Seguradora sua aceitação mediante o pagamento de Prêmio adicional, se o caso.
- 12.2.1. Os pedidos de alterações dos limites de Capital Segurado deverão ser formalizados à Seguradora, que o analisará, **respeitado os prazos previstos na CLÁUSULA 8 – ACEITAÇÃO DO SEGURO**.
- 12.3. Todos os valores são expressos em moeda corrente nacional.

CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

- 13.1. O índice utilizado para as atualizações monetárias previstas nestas Condições Gerais será o **IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.**
- 13.1.1. No caso de extinção do índice acima pactuado, o índice a ser utilizado será o **IGP-M/FGV – ÍNDICE GERAL DE PREÇOS PARA O MERCADO DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS.**
- 13.2. A atualização monetária, com base na variação do índice estabelecido no item 13.1 desta cláusula, será devida para as seguintes situações:
- 13.2.1. Os Capitais Segurados de todas as Coberturas contratadas e seus respectivos Prêmios sofrerão atualizações monetárias anualmente, com base na variação positiva acumulada dos últimos 12 (doze) meses, apurado com até 2 (dois) meses de antecedência ou conforme prazo indicado na comunicação referente a atualização de valores.
- 13.2.2. Os valores devidos a título de devolução de Prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice a partir da data em que se tornarem exigíveis até a data de sua efetiva devolução, considerando que:
- 13.2.2.1. **No Caso de Cancelamento do Contrato:** a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da sociedade Seguradora;
- 13.2.2.2. **No Caso de Recebimento Indevido de Prêmio:** a partir da data de recebimento do respectivo Prêmio;
- 13.2.2.3. **No Caso de Recusa da Proposta:** a partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.
- 13.2.3. Os Prêmios em atraso sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice a partir da data de vencimento da parcela até a data do seu efetivo pagamento.
- 13.2.4. Os valores das Indenizações de Sinistros sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice, a partir da data de ocorrência do evento – ou, se for o caso de reembolso, a partir do dispêndio – até a data do efetivo pagamento, **somente quando a Seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da Indenização.**
- 13.3. Além do previsto no item 13.2 desta cláusula, aplicar-se-ão nas situações previstas nos subitens 13.2.2, 13.2.3 e 13.2.4, juros moratórios, de 0,5% (cinco décimos por cento) ao mês, quando o prazo estipulado, respeitando-se a faculdade de interrupção da respectiva contagem, quando for o caso, não for cumprido. Os juros moratórios serão calculados “Pro Rata Temporis”, contados a partir do primeiro dia útil posterior a data definida para cada previsão até a data do seu efetivo pagamento.
- 13.4. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

CLÁUSULA 14 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO

- 14.1. O Prêmio deste seguro será calculado com base na idade do Proponente no momento da contratação do seguro.
- 14.2. Anualmente, a contar da data de início da vigência da Apólice, o valor do Prêmio das seguintes Coberturas será reajustado em função da mudança de idade do Segurado:
- Morte – M
 - Decessos – DE
 - Aquisição de Jazigo – AJ
 - Antecipação da Indenização em Fase Terminal por Doença ou Acidente – AIFT-DA
 - Diagnóstico de Câncer – DC
 - Diagnóstico de Câncer de Mama ou Ginecológicos – DC-MG
 - Doenças Graves – DG
 - Inclusão Facultativa de Cônjuge ou Companheiro(a)
- 14.3. Os percentuais a serem aplicados no reajuste previsto no item 14.2 constarão nas Condições Especiais da respectiva Cobertura.
- 14.4. Além do reajuste a que se refere o item acima, anualmente, na mesma data, haverá atualização monetária do Capital Segurado, e conseqüentemente do Prêmio, conforme previsto na **CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS**.

CLÁUSULA 15 – CUSTEIO DO SEGURO

- 15.1. O custeio do Prêmio do seguro será integralmente pago pelo Segurado.

CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 16.1. Ocorrendo qualquer um dos Eventos Cobertos pelo seguro, o Segurado ou seu representante legal ou seu Beneficiário deverá comunicar imediatamente o Sinistro à Seguradora, por meio da Central de Atendimento da Seguradora.
- 16.2. Para a análise e regulação do Sinistro deverão ser apresentados os documentos básicos relacionados abaixo:
- 16.2.1. Documentação para **qualquer evento**:
- Cópia do RG ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros e do CPF do Segurado que sofreu o Sinistro. Caso o CPF conste na certidão de óbito ou certidão de nascimento, não há necessidade de envio do CPF apartado;
 - Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado sinistrado e indicação de número de telefone (com DDD) da pessoa que abriu o Aviso de Sinistro (solicitante). Caso o Segurado não possua comprovante de residência em nome próprio, poderá encaminhar declaração simples assinada pelo solicitante, informando o local onde reside junto ao comprovante de endereço de terceiros;

- c) No caso do Segurado representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
- d) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado por cada um do(s) Beneficiário(s) individualmente; e
- e) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica assinado pelo(s) Beneficiário(s), se cabível.

16.2.2. Documentação complementar para evento decorrente de Acidente Pessoal:

- a) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, se cabível;
- b) Cópia do Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT, em caso de acidente de trabalho;
- c) Cópia do Laudo da Perícia Técnica realizada no local do acidente, se cabível;
- d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH do Segurado sinistrado, em caso de acidente automobilístico e o Segurado for o condutor. Caso não possua habilitação, encaminhar uma declaração realizada por familiar consanguíneo, constando essa informação.

16.2.3. O(s) Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado, além dos documentos descritos nos subitens 16.2.1 e 16.2.2, deverão apresentar também os seguintes documentos:

- a) Cópias de RG(s) ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF(s) de cada Beneficiário. Na falta do RG ou CPF do(s) Beneficiário(s), poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
- b) Se o Cônjuge for o Beneficiário do seguro é necessário o envio da Certidão de Casamento, extraída no cartório após o óbito, **necessária somente** caso o estado civil do Segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo;
- c) Em caso do Companheiro(a) ser Beneficiário é necessária Declaração que comprove união estável ou condição equiparada, firmada em cartório, ou emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde conste que o Companheiro(a) seja dependente do Segurado; e
- d) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) Beneficiário(s) e indicação de número de telefone (com DDD) para contato. Caso o Beneficiário não possua comprovante de residência em nome próprio poderá encaminhar declaração simples assinada pelo solicitante (quem abriu o Aviso de Sinistro), informando o local onde reside junto ao comprovante de endereço de terceiros.

16.2.4. Na falta de Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado, o(s) Beneficiário(s) legal(is), além dos documentos descritos nos subitens 16.2.1 e 16.2.2, deverão apresentar e enviar à Seguradora os seguintes documentos:

- a) Declaração de Único(s) herdeiro(s) legal(is), preenchida e assinada pelo(s) familiar(es) consanguíneo(s), na presença de duas testemunhas qualificadas, com firma reconhecida das firmas em cartório, informando quem são os únicos herdeiros legais do Segurado, contendo o nome completo, suas respectivas datas de nascimento e qual o vínculo com o Segurado (Filho, irmão, sobrinho, etc.).

16.3. Para análise e regulação do Sinistro é imprescindível a apresentação, além dos documentos mencionados no item 16.2 desta cláusula, dos documentos relacionados na cláusula de LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO das Condições Especiais de cada uma das Coberturas contratadas.

- 16.4. Os menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.
- 16.5. **O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CUSTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA UMA CURA COMPLETA.**
- 16.6. **AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO OU DE SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.**
- 16.7. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá ao Segurado a constituição de junta médica, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação.
- 16.8. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do Médico que tiver designado; e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.**
- 16.8.1. Havendo divergência sobre a escolha do Médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.
- 16.9. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo Segurado.
- 16.10. **O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM. SE FICAR COMPROVADO QUE UMA DAS PARTES IMPEDIU INTENCIONALMENTE A REALIZAÇÃO DE NOVA JUNTA, ESTA DEVERÁ ARCAR INTEGRALMENTE COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO, SALVO CONVENÇÃO EM CONTRÁRIO.**
- 16.11. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica no Segurado a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.
- 16.12. A perícia será efetuada por Médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.
- 16.13. A Seguradora não aceitará que seja nomeado como Médico Assistente o próprio Segurado, seu Cônjuge/Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, pagamento de Capital Segurado por parte da Seguradora.

- 16.14. A RECUSA DO SEGURADO EM SE SUBMETER A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ARQUIVAMENTO ADMINISTRATIVO DO PROCESSO DE SINISTRO, SUSPENDENDO O PRAZO PREVISTO NO ITEM 16.16 ABAIXO, EM FACE DA IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ, PODENDO SER REABERTO A QUALQUER TEMPO, CASO MUDE DE DECISÃO, OBSERVADO O PRAZO PRESCRICIONAL PREVISTO EM LEI.
- 16.15. O Segurado, ao fazer contratação do seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e a proceder a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para a Seguradora por meio de seu Médico Assistente.
- 16.16. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do Sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas no item 16.2 e na respectiva Condição Especial da Cobertura.
- 16.17. A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos ou exames complementares além dos mencionados no item 16.2 e nas respectivas Condições Especiais das Coberturas contratadas, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 16.8, voltando a correr a contagem do prazo a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.
- 16.18. SERÃO CONSIDERADOS COMO PENDENTES, SEM CONTAGEM DE PRAZO PARA PAGAMENTO, OS PROCESSOS DE SINISTRO COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA ATÉ A DATA DO PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO DOCUMENTO EXIGIDO.
- 16.19. A NÃO ENTREGA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EM ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS, SEM QUALQUER JUSTIFICATIVA, ENSEJARÁ NO ARQUIVAMENTO DO PROCESSO ADMINISTRATIVAMENTE. O PROCESSO PODERÁ SER REABERTO A QUALQUER TEMPO, MEDIANTE SOLICITAÇÃO DO BENEFICIÁRIO COM A APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS, OBSERVADO O PRAZO PRESCRICIONAL PREVISTO EM LEI.
- 16.20. Será efetuada a atualização dos valores das Indenizações a serem pagas desde a data da última atualização aplicada sobre o Capital Segurado até a data da ocorrência do evento gerador do Sinistro, conforme previsto na CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.
- 16.21. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS CONFORME ESTABELECIDO NA CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.
- 16.22. A Indenização de qualquer uma das Coberturas contratadas será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.

16.23. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de Sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

CLÁUSULA 17 – BENEFICIÁRIOS

17.1. O(s) Beneficiário(s) de cada uma das Coberturas será(ão) estabelecido(s) nas respectivas Condições Especiais.

17.1.1. Na falta de indicação expressa de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão Beneficiários aqueles designados por lei, ou seja, metade ao Cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros legais do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

17.1.2. Para efeitos deste seguro, a(o) Companheira(o) será equiparado ao Cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o Segurado era solteiro(a) ou separado(a) de fato.

17.2. Em caso de falecimento do único Beneficiário(a) indicado na Proposta de Contratação e na Apólice de seguro, antes do óbito do Segurado (premoriência), sem que tenha havido nova indicação em seu lugar, o Capital Segurado será pago aos Beneficiários legais do Segurado, conforme subitem 17.1.1.

17.3. Em caso de falecimento de um dos Beneficiários indicados na Proposta de Contratação e na Apólice de seguro antes do óbito do Segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com a distribuição do Capital Segurado destinado ao Beneficiário pré-morto entre os demais Beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pelo Segurado a cada um, de forma a preservar a manifestação de vontade do Segurado.

17.4. Em caso de falecimento simultâneo do Segurado com um dos Beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (comoriência), serão aplicadas as mesmas regras dos itens 17.2 e 17.3, considerando que o Beneficiário comoriente não adquire qualquer direito ao Capital Segurado.

17.5. EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO DOLOSAMENTE A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A(S) PARTE(S) DO CAPITAL SEGURADO QUE CABERIA(M) A ESTE(S) SERÁ(ÃO) PAGA(S) AOS DEMAIS BENEFICIÁRIOS INDICADO(S), EM PARTES PROPORCIONAIS, RESPEITADO O PERCENTUAL ORIGINALMENTE DEFINIDO PELO SEGURADO E, NA FALTA DE OUTROS BENEFICIÁRIOS, SERÁ PAGO CONFORME LEGISLAÇÃO EM VIGOR.

17.6. TODO SEGURADO TEM O DIREITO DE INDICAR NA RESPECTIVA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO O(S) BENEFICIÁRIO(S) DO SEGURO.

17.7. SE O SEGURADO NÃO RENUNCIAR À FACULDADE, PODERÁ, A QUALQUER TEMPO DURANTE A VIGÊNCIA DA APÓLICE, SUBSTITUIR O(S) BENEFICIÁRIO(S) ANTERIORMENTE

INDICADO(S), MEDIANTE SOLICITAÇÃO EXPRESSA POR ESCRITO À SEGURADORA, OBSERVADAS AS RESTRIÇÕES LEGAIS.

17.7.1. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE NO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL SUBSEQUENTE À DATA DE PROTOCOLO NA SEGURADORA, DA SOLICITAÇÃO DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO.

17.7.2. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO TEMPESTIVAMENTE E DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO E/OU SEU REPRESENTANTE LEGAL, COM A IDENTIFICAÇÃO DA APÓLICE E/OU PROPOSTA, A SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME A INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DO EVENTO COBERTO.

17.8. NÃO SERÁ ADMITIDA A INDICAÇÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE BENEFICIÁRIO POR PROCURAÇÃO.

CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS

18.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ O PRÊMIO DO SEGURO E TERÁ AINDA O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, SE O SEGURADO, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU CORRETOR OU SEU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS):

- A) AGRAVAR(EM) INTENCIONALMENTE O RISCO;
- B) FIZER(EM) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO. NESTE CASO, O SEGURADO TAMBÉM FICARÁ OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO;
- C) FALTAR(EM) COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS NESTE SEGURO;
- D) PRATICAR DOLO, FRAUDE CONSUMADA OU SUA TENTATIVA, SIMULAÇÃO OU CULPA GRAVE TANTO NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUANTO DURANTE A SUA VIGÊNCIA, OU AINDA PARA OBTER OU MAJORAR A INDENIZAÇÃO.

18.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, A SEGURADORA PODERÁ:

I. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DE EVENTO COBERTO:

- A) CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU
- B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.

II. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:

- A) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU
- B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.

III. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, SEM PREJUÍZO DE COBRANÇA DA DIFERENÇA DE PRÊMIO DEVIDO.

18.3. TAMBÉM HAVERÁ A PERDA DO DIREITO AO CAPITAL SEGURADO, PELO SEGURADO, BENEFICIÁRIO, SEU(S) PREPOSTO(S), CORRETOR E SEU(S) RESPECTIVO(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS), NA PRÁTICA DOS SEGUINTE CASOS:

- A) UTILIZAÇÃO DE DECLARAÇÕES FALSAS, SIMULAÇÃO ACIDENTE OU AGRAVAMENTO DAS SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA OBTER OU AUMENTAR A INDENIZAÇÃO;
- B) FRAUDE OU TENTATIVA DE FRAUDE, INCLUSIVE EM LAUDOS MÉDICOS QUE JUSTIFIQUEM FALSAS MOLÉSTIAS OU FALSAS DATAS DE INÍCIO DE MOLÉSTIAS; OU
- C) TENTATIVA DE IMPEDIR OU DIFICULTAR QUALQUER EXAME OU DILIGÊNCIA DA SEGURADORA NA ELUCIDAÇÃO DO EVENTO COBERTO.

18.4. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À COBERTURA, SE PROVADO QUE SILENCIOU-SE DE MÁ-FÉ, CONFORME LEGISLAÇÃO EM VIGOR.

18.4.1. RECEBIDA A COMUNICAÇÃO FORMALIZADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, SEM CULPA DO SEGURADO, A SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DE AGRAVAÇÃO DO RISCO.

18.4.1.1. ENTENDE-SE COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: MODIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, ESPECIALMENTE NO QUE DIZ RESPEITO A ATIVIDADE/PROFISSÃO DO SEGURADO E A DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES PREENCHIDA PELO SEGURADO.

18.4.2. O CANCELAMENTO DO SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

CLÁUSULA 19 – REGIME FINANCEIRO

19.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios de seguro ao Segurado ou ao Beneficiário.

- 19.2. No Regime Financeiro de Repartição Simples, os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar todas as Indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto, não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada Segurado, para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro, ou seja, **não há devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.**

CLÁUSULA 20 – PROPAGANDA E PUBLICIDADE

- 20.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Corretor de seguros, somente poderá ser feita com autorização prévia, expressa, e de supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da Apólice e as normas de seguro. Fica a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações **por ela expressamente autorizada.**
- 20.2. A divulgação do seguro sem a prévia autorização da Seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas contratações e/ou no cancelamento do seguro.

CLÁUSULA 21 – PRESCRIÇÃO

- 21.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

CLÁUSULA 22 – DISPOSIÇÕES GERAIS

- 22.1. O REGISTRO DESTE PLANO NA SUSEP NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, INCENTIVO OU RECOMENDAÇÃO A SUA COMERCIALIZAÇÃO.
- 22.2. O SEGURADO PODERÁ CONSULTAR A SITUAÇÃO CADASTRAL DE SEU CORRETOR DE SEGUROS, NO SITE WWW.SUSEP.GOV.BR, POR MEIO DO NÚMERO DE SEU REGISTRO NA SUSEP, NOME COMPLETO, CNPJ OU CPF.
- 22.3. QUALQUER ALTERAÇÃO NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS EM VIGOR DEVERÁ SER REALIZADA POR ENDOSSO À APÓLICE, COM A SOLICITAÇÃO DEVIDAMENTE FORMALIZADA PELO SEGURADO, SEU REPRESENTANTE OU POR SEU CORRETOR DE SEGUROS.
- 22.4. AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DESTE PRODUTO PROTOCOLADAS PELA SEGURADORA JUNTO À SUSEP PODERÃO SER CONSULTADAS NO ENDEREÇO ELETRÔNICO WWW.SUSEP.GOV.BR, DE ACORDO COM O NÚMERO DE PROCESSO CONSTANTE DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.

CLÁUSULA 23 – FORO

- 23.1. Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, garante o pagamento do Capital Segurado contratado ao Beneficiário, em caso de falecimento do Segurado por qualquer causa, ocorrido durante a Vigência do Seguro, observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.
- 1.2. Esta Cobertura poderá ser contratada isoladamente.

CLÁUSULA 2 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 2.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

CLÁUSULA 3 – CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura referente ao Segurado Titular cancelará automaticamente a Apólice de Seguro.

CLÁUSULA 4 – DATA DO EVENTO

- 4.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data de falecimento do Segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito, ou a data do Acidente Pessoal coberto no caso de morte acidental.

CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA

- 5.1. PODERÁ SER APLICADA CARÊNCIA NESTA COBERTURA PARA OS EVENTOS DECORRENTE DE DOENÇA. QUANDO APLICADA, A CARÊNCIA SERÁ DE 90 (NOVENTA) DIAS E ESTARÁ INDICADA NA APÓLICE.

CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO

- 6.1. Anualmente, a contar da data de início de vigência da Apólice, o valor do Prêmio desta Cobertura será reajustado em função da mudança de idade do Segurado Titular e/ou do Segurado Dependente na condição de Cônjuge/Companheiro(a), conforme tabela a seguir:

Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste
14 a 16	–	41	11,26%	66	10,49%	91	7,40%
17	2,69%	42	12,13%	67	10,69%	92	7,29%
18	3,06%	43	12,73%	68	10,80%	93	7,21%
19	3,39%	44	12,88%	69	10,81%	94	7,15%
20	3,48%	45	12,68%	70	10,75%	95	7,10%

Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste
21	3,96%	46	12,26%	71	10,65%	96	7,06%
22	4,00%	47	11,73%	72	10,50%	97	7,03%
23	4,40%	48	11,10%	73	10,35%	98	7,13%
24	4,56%	49	10,50%	74	10,26%	99	7,31%
25	4,36%	50	9,83%	75	10,23%	100	7,55%
26	4,50%	51	9,22%	76	10,23%	101	7,83%
27	4,15%	52	8,60%	77	10,24%	102	8,12%
28	3,99%	53	8,02%	78	10,25%	103	8,41%
29	3,84%	54	7,56%	79	10,23%	104	8,68%
30	3,83%	55	7,21%	80	10,18%	105	8,92%
31	3,56%	56	6,92%	81	10,11%	106	9,13%
32	3,56%	57	6,71%	82	10,02%	107	9,30%
33	3,56%	58	6,59%	83	9,88%	108	9,43%
34	3,91%	59	6,75%	84	9,65%	109	9,52%
35	4,68%	60	7,14%	85	9,32%	110	9,57%
36	5,56%	61	7,74%	86	8,94%	111	9,59%
37	6,61%	62	8,43%	87	8,53%	112	9,58%
38	7,95%	63	9,14%	88	8,12%	113	9,54%
39	9,16%	64	9,73%	89	7,80%	114	9,47%
40	10,28%	65	10,18%	90	7,57%	115	9,55%

CLÁUSULA 7 – TÉRMINO DA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS, das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:

- Com o falecimento do Segurado Titular e pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, extingue-se, imediata e automaticamente, a Cobertura integral do seguro; e
- Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 8 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistros relacionado a presente Cobertura deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:

- Cópia da Certidão de óbito da pessoa que sofreu o Sinistro;
- Relatório Médico carimbado e assinado pelo Médico Assistente, com firma reconhecida em cartório, contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte;
- Exames Médicos realizados, que comprovem o diagnóstico firmado e indicado no Relatório Médico apresentado, se o caso.

8.1.1. Quando a Morte for decorrente de Acidente Pessoal, além dos documentos descritos acima, **também** deverão ser apresentados:

- a) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
- b) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente; e
- c) Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o Segurado).

8.2. O pagamento das Indenizações relativas às Coberturas básicas de Morte – M e Morte Acidental – MA se acumulam caso seja constatado que a morte foi decorrente de Acidente Pessoal coberto.

CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS

9.1. Para efeito desta Cobertura, o(s) Beneficiário(s) será(ão) o(s) indicado(s) na Proposta de Contratação pelo Segurado, observado o disposto na CLÁUSULA 17 – BENEFICIÁRIOS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 10 – DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta Cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, garante o pagamento do Capital Segurado contratado, ao(s) Beneficiário(s), em caso de falecimento do Segurado ocorrido durante a Vigência do Seguro, em decorrência direta e exclusiva de Acidente Pessoal coberto, observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.
- 1.2. Esta Cobertura poderá ser contratada isoladamente.

CLÁUSULA 2 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 2.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

CLÁUSULA 3 – CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Evento Coberto, **respeitando o limite estabelecido na Apólice.**
- 3.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura referente ao Segurado Titular cancelará automaticamente a Apólice.

CLÁUSULA 4 – DATA DO EVENTO

- 4.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data do Acidente Pessoal coberto.

CLÁUSULA 5 – TÉRMINO DA COBERTURA

- 5.1. Além das hipóteses previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS, das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:
- Com o falecimento do Segurado Titular e pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, **extingue-se, imediata e automaticamente, a Cobertura integral do seguro;** e
 - Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 6 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistros relacionado a presente Cobertura deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:
- Cópia da Certidão de óbito do Segurado que sofreu o Sinistro;
 - Relatório Médico carimbado e assinado pelo Médico Assistente, contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do Segurado;

- c) Exames Médicos realizados, que comprovem o diagnóstico firmado e indicado no Relatório Médico apresentado;
- d) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, **se cabível**;
- e) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente; e
- f) Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o Segurado).

6.2. O pagamento das Indenizações relativas às Coberturas básicas de Morte – M e Morte Acidental – MA se acumulam caso seja constatado que a morte foi decorrente de Acidente Pessoal coberto.

6.3. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicadas na CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 7 – BENEFICIÁRIOS

7.1. Para efeito desta Cobertura, o(s) Beneficiário(s) será(ão) o(s) indicado(s) na Proposta de Contratação pelo Segurado, observado o disposto na CLÁUSULA 17 – BENEFICIÁRIOS.

CLÁUSULA 8 – DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Ratificam-se as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta Cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, se contratada, mediante o pagamento de Prêmio adicional, garante o pagamento de uma Indenização, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ao próprio Segurado, em decorrência de lesão física provocada direta e exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a Vigência do Seguro, que o deixe parcial ou totalmente inválido em caráter permanente, pela perda, redução ou Impotência Funcional definitiva de membro ou órgão especificado na CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS desta Condição Especial, observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplicam à presente Cobertura, as seguintes definições:

2.1.1. **Invalidez Permanente:** aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e determine a perda, redução ou Impotência Funcional definitiva, do uso de um membro ou órgão.

2.1.2. **Impotência Funcional:** é a alteração de função orgânica ou de partes do organismo, que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.

2.1.3. **Redução Funcional:** é a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.

CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

3.1. A presente Cobertura prevê que, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada a existência de Invalidez Permanente, **AVALIADA QUANDO DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA**, a Seguradora pagará ao próprio Segurado, de uma só vez, uma Indenização que será calculada aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau previstas para referido órgão/membro na Tabela constante do item 3.2 desta cláusula, cujo resultado será aplicado sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente.

3.1.1. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à porcentagem prevista na tabela para a sua perda total, do grau de Redução Funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de Redução Funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a Indenização proporcional será calculada com base nos índices, respectivamente, de 75% (SETENTA E CINCO POR CENTO) para o grau máximo, 50% (CINQUENTA POR CENTO) para o grau médio e de 25% (VINTE E CINCO POR CENTO) para o grau mínimo.

3.1.2. Em todos os casos de Invalidez Permanente Parcial não especificados na citada tabela, a Indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

3.1.3. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, calculadas conforme disposto nos itens anteriores, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de Indenização prevista para sua perda total do referido membro ou órgão.

3.1.4. A perda ou maior Redução Funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva, o grau de invalidez preexistente no cálculo da Indenização.

3.1.5. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE TRATA ESSA COBERTURA, DEVENDO SER COMPROVADA POR RELATÓRIO MÉDICO.

3.2. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

3.2.1. Caracterizada a Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, conforme previsto nesta Cobertura, a Indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA
TOTAL	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Mudez incurável	50
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40

**TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE**

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA
	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda Total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda Total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Ecurtamento de um dos membros inferiores de 05 (cinco) centímetros ou mais	15
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Ecurtamento de um dos membros inferiores de 04 (quatro) centímetros	10
	Ecurtamento de um dos membros inferiores de 03 (três) centímetros	06
	Amputação de qualquer outro dedo	03
Ecurtamento de um dos membros inferiores de menos de 03 (três) centímetros	sem Indenização	

**TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE**

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com fistulas	25
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Unilateral	7
	Lesões da pálpebra	
	Entrópio bilateral	14
	Ptose palpebral bilateral	10
	Entrópio unilateral	7
	Ectrópio bilateral	6
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ectrópio unilateral	3
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	APARELHO DA FONOAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda de dois ovários	15
	Perda de dois testículos	15
	Perda do útero depois da menopausa	10
	Perda de um ovário	05
	Perda de um testículo	05
	APARELHO URINÁRIO	
	Perda de rim único	75

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA
DIVERSAS – APARELHO URINÁRIO	Perda de um rim, com rim remanescente:	
	- Redução da função renal (dialítica)	75
	- Redução da função renal (não dialítica)	50
	- Com função preservada	30
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
DIVERSAS – MANDÍBULA	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
	- Em grau máximo	20
	- Em grau médio	10
	- Em grau mínimo	05
DIVERSAS – NARIZ	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Perda total do olfato	7
DIVERSAS – PESCOÇO	PESCOÇO	
	Traqueostomia definitiva	40
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
DIVERSAS – SISTEMA AUDITIVO	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total das duas orelhas	16
	Amputação total de uma orelha	8
DIVERSAS – TÓRAX	TÓRAX	
	Aparelho Respiratório	
	Resecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
	- Com insuficiência respiratória	75
	- Com redução em grau médio da função respiratória	50
	- Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	- Com função respiratória preservada	15
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Mamas (Femininas)	
	Mastectomia bilateral	20
Mastectomia unilateral	10	
DIVERSAS – ABDOMEM	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia total	40
	Gastrectomia subtotal	20
	Perda do Baço	15
	Fígado	
	Lobectomia com insuficiência hepática	50

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Intestino Delgado	
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia	40
	Ressecção parcial	20
	Intestino Grosso	
	Colostomia definitiva	40
	Colectomia total	40
	Colectomia parcial	20
	Reto e ânus	
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Retenção anal	10
DIVERSAS – SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	Epilepsia pós-traumática	20
	Síndrome pós-concussional	05
DIVERSAS – HÉRNIAS	HÉRNIAS	
	Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40
	Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	20
	Hérnia de Disco Cervical	20
	Hérnia Incisional	20
	Hérnia de Hiato	10
	Hérnia Epigástrica	10
	Hérnia Inguinal ou Inguino Escrotal	10
Hérnia Umbilical	10	

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES, ITEM 2.1, ALÍNEA “B” E DA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADA A:

- A) PERDA DE DENTES, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
- B) TODO E QUALQUER DANO ESTÉTICO, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO; E
- C) QUALQUER PERDA, REDUÇÃO, IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA, TOTAL OU PARCIAL, DE MEMBRO OU ÓRGÃO CUJA LESÃO FÍSICA TENHA SIDO PROVOCADA POR ACIDENTE OCORRIDO EM DATA ANTERIOR À DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO.

CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Evento Coberto, **respeitando o limite estabelecido na Apólice.**

CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO

7.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data de ocorrência do Acidente Pessoal coberto.

CLÁUSULA 8 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

8.1. Haverá a reintegração do Capital Segurado relativo à esta Cobertura, de forma automática, após cada Sinistro resultante de Invalidez Permanente Parcial, sem cobrança de Prêmio adicional.

8.2. Não haverá reintegração do Capital Segurado relativo à esta Cobertura para os casos de Invalidez Permanente Total, devendo ser observado o disposto na CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA desta Condição Especial.

CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA

9.1. Além das situações previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, esta Cobertura termina:

- a) Com o pagamento de Indenização equivalente à 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo a esta Cobertura, extingue-se, imediata e automaticamente, a Cobertura integral do seguro; e
- b) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:

- a) Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o Segurado);
- b) Exame de Corpo Delito, **quando indicado**;
- c) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida em cartório, contendo o histórico de atendimento, o diagnóstico, tratamento aplicado, alta definitiva e as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;

- d) Cópia da carta de concessão de aposentadoria, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, **se houver**;
- e) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
- f) Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia) do segmento (órgão ou parte do corpo); e
- g) **No Caso de Alienação Mental, Total e Incurável**: além da comprovação médica, será necessária também a Certidão de Interdição Judicial definitiva.

10.2. O Segurado se obriga, em caso de acidente coberto por esta Cobertura, e sob pena de perder o direito a qualquer Indenização, a submeter-se a exame médico por profissional indicado pela Seguradora, desde que tal medida seja considerada necessária.

10.3. O pagamento das Indenizações relativas à Cobertura básica de Morte e da Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA não se acumulam, ou seja, se depois de paga uma Indenização por IPA, verificar-se a morte do Segurado em decorrência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a Indenização relativa a Morte, deduzido o valor já pago pela IPA, observados os termos e disposições das Condições Contratuais.

10.4. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicadas na CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS

11.1. Para efeito desta Cobertura, o Beneficiário será o próprio Segurado, ainda que representado na forma da lei.

CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – MAJORADA – IPA–M

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, se contratada, mediante o pagamento de Prêmio adicional, garante o pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, ao próprio Segurado, em decorrência de lesão física provocada direta e exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a Vigência do Seguro, que o deixe parcial ou totalmente inválido em caráter permanente, pela perda, redução ou Impotência Funcional definitiva de membro ou órgão especificado na CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS da Condição Especial da Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, observados os riscos expressamente excluídos e as demais disposições contratuais.

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplica à presente Cobertura, as definições contidas da CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES da Condição Especial da Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

3.1. A complementação da Indenização de que trata a CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA desta Condição Especial aplica-se, única e exclusivamente, para os membros e órgãos conforme descrito a seguir:

- a) Perda total do uso de um dos dedos indicadores..... de 15% para 100%
- b) Perda total do uso de um dos polegares..... de 18% para 100%
- c) Perda total da visão de um olho..... de 30% para 100%
- d) Perda total do uso de uma das mãos..... de 60% para 100%

3.2. Esta Cobertura somente poderá ser contratada para os seguintes profissionais: Médicos, dentistas, advogados, músicos, artistas plásticos, escritores, fisioterapeutas, arquitetos, desenhistas técnicos e comerciais, engenheiros. A comprovação do exercício da profissão deverá ser feita no momento da contratação do seguro.

3.3. O pagamento da Indenização para essa Cobertura estará condicionado à comprovação da Invalidez Permanente Parcial por Acidente do Segurado, nos termos do item 3.1 da CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS da Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, quando da alta médica definitiva, contendo o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizada(s), descritos em diagnóstico Médico final a ser apresentado pelo Segurado.

3.4. Caso seja devido o pagamento desta Cobertura, sua Indenização será um complemento à Indenização de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

3.5. Esta Cobertura não é extensiva aos Segurados Dependentes.

3.6. Aplicam-se à esta Cobertura as condições definidas nos subitens 3.1.3, 3.1.4 e 3.1.5 da CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS da Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. APLICAM-SE AS MESMAS EXCLUSÕES MENCIONADAS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA.

CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA na data do evento, **respeitando o limite estabelecido na Apólice.**

CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO

7.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data de ocorrência do Acidente Pessoal coberto.

CLÁUSULA 8 – TÉRMINO DA COBERTURA

8.1. Além das situações previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, esta Cobertura termina:

- Com o pagamento de Indenização equivalente à 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo a esta Cobertura adicional;
- Quando for cancelada a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA; e
- Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 9 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais e no item 10.1 da CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Especiais da Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados **também** o(s) seguinte(s) documento(s):

- Documento que comprove a atividade profissional exercida pelo Segurado.

-
- 9.2. O Segurado se obriga, em caso de acidente coberto por esta Cobertura, e sob pena de perder o direito a qualquer Indenização, a submeter-se a exame Médico por profissional indicado pela Seguradora, desde que tal medida seja considerada necessária.
- 9.3. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicadas na CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS

- 10.1. Para efeito desta Cobertura o Beneficiário será o próprio Segurado, ainda que representado na forma da lei.

CLÁUSULA 11 – DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE ACESSIBILIDADE FÍSICA EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – AF-IPA

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, se contratada, mediante o pagamento de Prêmio adicional, garante o pagamento do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, ao próprio Segurado, em decorrência de **Acidente Pessoal coberto**, ocorrido durante a Vigência do Seguro, que o deixe **parcial ou totalmente inválido em caráter permanente, pela perda, redução ou Impotência Funcional definitiva de membro ou órgão**, desde que o percentual de Indenização calculado para a Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, seja superior a 50% (cinquenta por cento), nos termos da Tabela constante do item 3.2 da CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS da mencionada Cobertura adicional, observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também aplica-se à presente Cobertura, as definições contidas da CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES da Condição Especial da Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **APLICAM-SE AS MESMAS EXCLUSÕES MENCIONADAS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA.**

CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

4.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Evento Coberto, **respeitando o limite estabelecido na Apólice.**

CLÁUSULA 6 – DATA DO EVENTO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data de ocorrência do Acidente Pessoal coberto.

CLÁUSULA 7 – TÉRMINO DA COBERTURA

7.1. Além das situações previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, esta Cobertura termina:

- a) Quando for cancelada a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA;
- b) Com o pagamento de Indenização equivalente à 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo a esta Cobertura adicional; e
- c) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 8 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1. A análise e regulação do Sinistro relacionado a presente Cobertura se dará conforme definido para a Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial para Acidente – IPA, descrito na CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Especiais daquela Cobertura adicional.
- 8.2. As Indenizações pelas Coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA–M e Acessibilidade Física em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – AF–IPA, **quando contratadas**, se acumulam.

CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS

- 9.1. Para efeito desta Cobertura, o Beneficiário será o próprio Segurado, ainda que representado na forma da lei.

CLÁUSULA 10 – DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE – DMHO–A

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, se contratada, mediante o pagamento de Prêmio adicional, garante o reembolso, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, efetuadas para tratamento do Segurado, necessárias para seu restabelecimento, em decorrência direta e exclusiva de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a Vigência do Seguro, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente, observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplicam à presente Cobertura, as seguintes definições:

2.1.1. **Convalescença:** trata-se do período de transição depois de uma enfermidade, no qual se processa a recuperação gradativa das forças e da saúde.

2.1.2. **Órtese:** qualquer aparelho externo usado para imobilizar ou auxiliar os movimentos dos membros ou da coluna vertebral.

2.1.3. **Prótese:** dispositivo implantado no corpo para suprir a falta de um órgão ausente ou para restaurar uma função comprometida.

CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

3.1. A presente Cobertura prevê que, cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços Médicos, Hospitalares e odontológicos, **DESDE QUE LEGALMENTE HABILITADOS.**

3.2. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante apresentação dos comprovantes originais ou cópias digitalizadas (legíveis e sem rasuras) das despesas e dos relatórios do Médico Assistente.

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES, ITEM 2.1, ALÍNEA “B” E DA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADOS A:

A) ESTADO DE CONVALESCENÇA (APÓS ALTA MÉDICA);

B) DESPESAS DE ACOMPANHANTES;

C) APARELHOS QUE SE REFEREM A ÓRTESES DE QUALQUER NATUREZA E A PRÓTESE DE CARÁTER PERMANENTE, SALVO AS PRÓTESES PELA PERDA DE DENTES NATURAIS;

D) CIRURGIAS PLÁSTICAS, TRATAMENTOS REJUVENESCEDORES E/OU ESTÉTICOS NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;

- E) CONTINUIDADE E O CONTROLE DE TRATAMENTOS ANTERIORES REFERENTES A DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES OU CRÔNICAS; E
F) DESPESAS REALIZADAS PELO SEGURADO NÃO PRESCRITAS POR MÉDICO.

CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre

CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Evento Coberto, **respeitando o limite estabelecido na Apólice.**

CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO

7.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data de ocorrência do Acidente Pessoal coberto.

CLÁUSULA 8 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

8.1. Haverá a reintegração do Capital Segurado relativo à esta Cobertura, de forma automática, após cada Sinistro, sem a cobrança de Prêmio adicional.

CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA

9.1. Além das situações previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, esta Cobertura termina:

- a) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistros relacionado a presente Cobertura deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:

- a) Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (**se o condutor do veículo for o Segurado**);
b) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, **se cabível**;
c) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico que assistiu o Segurado, contendo o histórico de atendimento, as consequências do acidente, o diagnóstico e o tratamento aplicado;
d) Notas fiscais ou recibos originais ou cópias digitalizadas (legíveis e sem rasuras), comprovando os gastos reclamados;
e) Relatório Médico/Boletim de Atendimento – BAM, informando as circunstâncias e consequências do acidente; e

- f) Cópias do RG ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do(s) responsável(is) pelo pagamento das despesas com o funeral.
- 10.2. Se o Segurado possuir outro(s) seguro(s) que lhe garanta(m) o reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente – DMHO–A, o reembolso por este seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados, proporcionalmente aos limites Segurados em todas as Apólices em vigor, nesta ou em outras Seguradoras, na data da ocorrência do Sinistro.
- 10.3. O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do Capital Segurado vigente na data do evento.
- 10.4. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas.
- 10.5. No caso de retenção das notas fiscais originais pela Seguradora garantidora do seguro obrigatório DPVAT, em caso de acidente automobilístico, serão aceitas cópias autenticadas das notas fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida Seguradora, indicando quais as notas originais retidas, e informando o valor que será reembolsado através do DPVAT. A indenização devida pela presente Cobertura corresponderá ao valor que exceder os limites vigentes, na data do Sinistro, para as Coberturas do seguro obrigatório DPVAT.
- 10.6. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda, da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de Cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do Sinistro, nos termos da CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS das Condições Gerais do seguro.
- 10.7. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicadas na CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS

- 11.1. Para efeito desta Cobertura, o Beneficiário será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas previstas por esta Cobertura, mediante apresentação dos documentos indicados na CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.

CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE – DIH–A

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, se contratada, mediante o pagamento de Prêmio adicional, garante ao próprio Segurado, o pagamento de Indenização **equivalente ao valor diário da Cobertura multiplicado pelo período em dias de internação do Segurado em regime hospitalar, decorrente de Acidente Pessoal coberto**, ocorrido durante a Vigência do Seguro, limitado ao número máximo de diárias estabelecido na Apólice, **observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.**

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplicam à presente Cobertura, as seguintes definições:

2.1.1. **Diária de Internação Hospitalar:** Período, em dias, em estado de Internação Hospitalar motivada por Acidente Pessoal coberto que, por sua gravidade ou complexidade, exija tratamento clínico ou cirúrgico.

2.1.2. **Hospital:** Instituição legalmente autorizada pelo Ministério da Saúde correspondente, para o diagnóstico, cuidados Médicos e cirúrgicos de feridos ou doentes, oferecendo centros cirúrgicos, Médicos e enfermeiras certificados, disponíveis 24 (vinte e quatro) horas por dia. **Não entende-se como estabelecimento hospitalar: casa de saúde, ambulatórios, instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, centro de diagnose, laboratórios, “day hospital”, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de Convalescença para idosos ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.**

2.1.3. **Internação Hospitalar:** permanência do Segurado em Hospital em regime de internação, indicada por profissional Médico habilitado, com a finalidade de que o Segurado realize Tratamento Clínico ou cirúrgico resultante de Acidente Pessoal, conforme coberturas contratadas, que não possa ser realizado em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

3.1. Estão cobertas as Diárias de Internação Hospitalar do Segurado, determinadas por Médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória indicada na CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.

3.2. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado em Hospital, a contar do 1º (primeiro) dia após o período de Franquia indicado na CLÁUSULA 6 – FRANQUIA desta Condição Especial, até a data da alta médica, ou da utilização do limite de diárias estabelecidos na Apólice, o que ocorrer primeiro.

- 3.3. O limite máximo de diárias por evento será estabelecido na Proposta de Contratação e especificado na Apólice.
- 3.4. O número máximo de Eventos Cobertos será limitado em 3 (três) internações hospitalares a cada 12 (doze) meses, contados a partir da data de início de vigência da Apólice.
- 3.4.1. As internações que tenham por origem o mesmo acidente serão consideradas um mesmo Evento Coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.
- 3.4.2. Serão considerados como mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta Hospitalar.
- 3.5. A contratação desta Cobertura não implica em garantia de internação hospitalar. A responsabilidade pela obtenção de vaga para internação em Hospital é do próprio Segurado, de seus familiares ou de seu acompanhante.
- 3.6. A Indenização será paga somente APÓS A ALTA MÉDICA DEFINITIVA, para a contabilização dos dias de internação.
- 3.7. O pagamento da Indenização prevista para esta Cobertura não tem caráter de reembolso das despesas realizadas pelo Segurado.

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES, ITEM 2.1, ALÍNEA “B” E DA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADO A:
- A) DOENÇAS MENTAIS, PSIQUIÁTRICAS, ESTRESSE E DEPRESSÃO, INCLUINDO AS INTERNAÇÕES EM DEPARTAMENTOS PSIQUIÁTRICOS DE HOSPITAIS GERAIS OU PRONTOS-SOCORROS PARA TRATAMENTO DESTAS DOENÇAS E/OU AQUELAS QUE EXIJAM PSICANÁLISE, SONOTERAPIA OU PSICOTERAPIA;
 - B) INTERNAÇÕES DOMICILIARES (*HOME CARE*);
 - C) INTERNAÇÕES EM CLÍNICAS OU INSTITUIÇÕES PARA ACOMODAÇÃO OU TRATAMENTO DE IDOSOS, INCLUINDO ASILOS E CASAS DE REPOUSO;
 - D) DANOS ESTÉTICOS;
 - E) CIRURGIAS PLÁSTICAS (ESTÉTICAS OU NÃO), EXCETO AS PÓS-ACIDENTAIS RESTAURADORAS QUE SEJAM NECESSÁRIAS PARA RESTABELECIMENTO DO SEGURADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;
 - F) A PERDA DE DENTES OU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE QUALQUER ESPÉCIE;
 - G) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;
 - H) INTERNAÇÕES HOSPITALARES PARA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA, ESPERA PARA A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA, AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE, INCLUSIVE CHECK-UP, REPOUSO OU GERIATRIA, INTERNAÇÃO PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS;
 - I) ESTADOS DE CONVALESCENÇA (APÓS A ALTA MÉDICA) E AS DESPESAS DE ACOMPANHANTES;

- J) INTERNAÇÕES HOSPITALARES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE ESPECIALIDADES NÃO RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA OU POR MÉDICOS QUE NÃO SEJAM LEGALMENTE HABILITADOS;
- K) LESÕES CORPORAIS, BEM COMO SUAS CONSEQUÊNCIAS, DECORRENTES DE ACIDENTES OCORRIDOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DA APÓLICE;
- L) PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS EXPERIMENTAIS E TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA;
- M) ATOS CONTRÁRIOS A LEI, INCLUSIVE A DIREÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES, INCLUINDO MOTOS, BARCOS, AERONAVES E ASSEMBLHADOS, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO OU SEM A UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA OBRIGATÓRIOS POR LEI, COMO CAPACETES E CINTOS DE SEGURANÇA; E
- N) PROCEDIMENTOS E/OU TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS CUJA ORIGEM OU CAUSA NÃO SEJA DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO.

CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

CLÁUSULA 6 – FRANQUIA

6.1. O PERÍODO DE FRANQUIA PARA ESTA COBERTURA É DE 2 (DOIS) DIAS E SERÁ CONTADO A PARTIR DA DATA INICIAL DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR. DESTA FORMA, INICIA-SE A COBERTURA A PARTIR DA 3ª (TERCEIRA) DIÁRIA.

CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização por diária devida na ocorrência do Evento Coberto, conforme definido na Apólice, **respeitado o limite máximo de eventos, assim como o limite máximo de diárias por evento.**

7.2. O Capital Segurado será pago de uma única vez e será calculado na Regulação do Sinistro considerando o período em que o Segurado esteve internado em Hospital, a contar do primeiro dia de internação, respeitado o período de Franquia da CLÁUSULA 6 – FRANQUIA desta Condição Especial, até a data da alta médica Hospitalar definitiva ou da utilização do limite de diárias estabelecidas na Apólice, o que ocorrer primeiro.

CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO

8.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data de ocorrência do Acidente Pessoal coberto.

CLÁUSULA 9 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

9.1. Haverá a reintegração do Capital Segurado relativo à esta Cobertura, de forma automática, após cada Sinistro, sem a cobrança de Prêmio adicional, respeitado o limite máximo de eventos, conforme previsto no item 3.4 da CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS desta Condição Especial.

CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA

10.1. Além das situações previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, esta Cobertura termina:

- Com o pagamento de 3 (três) eventos no período de 12 (doze) meses; e
- Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:

- Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico que prestou o atendimento ao Segurado, contendo o histórico de atendimento, o diagnóstico, o tratamento aplicado, a data de entrada no Hospital e a alta definitiva;
- Alta Hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do Médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica; e
- Todos os exames e laudos médicos realizados durante o período de Internação Hospitalar.

CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS

12.1. Para efeito desta Cobertura o Beneficiário será o próprio Segurado, ainda que representado na forma da lei.

CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI OU CTI DECORRENTE DE ACIDENTE – DIH–A–UTI/CTI

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, se contratada, mediante o pagamento de Prêmio adicional, garante ao próprio Segurado, o pagamento de Indenização **equivalente ao valor diário da Cobertura multiplicado pelo período em dias de internação do Segurado em regime Hospitalar, sob tratamento em Unidade de Terapia Intensiva – UTI ou Centro de Terapia Intensiva – CTI, decorrente de Acidente Pessoal coberto**, ocorrido durante a Vigência do Seguro, limitado ao número máximo de diárias estabelecido na Apólice, **observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.**

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais e CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES da Cobertura adicional de Diárias de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente – DIH–A, também se aplica à presente Cobertura, a seguinte definição:

2.1.1. **UTI – Unidade de Terapia Intensiva ou CTI – Centro de Terapia Intensiva:** unidade complexa de um Hospital dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.

CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

3.1. Estão cobertas as Diárias de Internação Hospitalar do Segurado, em UTI ou CTI, determinadas por Médico habilitado e comprovadas por meio da documentação obrigatória.

3.2. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado em Hospital, na UTI ou CTI, a contar do 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, ou da utilização do limite de diárias estabelecidos na Apólice, o que ocorrer primeiro.

3.3. O limite máximo de diárias por evento será estabelecido na Proposta de Contratação e especificado na Apólice.

3.4. O número máximo de Eventos Cobertos será limitado em 3 (três) internações hospitalares a cada 12 (doze) meses, contados a partir do último aniversário da Apólice.

3.4.1. As internações que tenham por origem o mesmo acidente serão consideradas um mesmo Evento Coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

3.4.2. Serão considerados como mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

- 3.5. A contratação desta Cobertura não implica em garantia de internação hospitalar. A responsabilidade pela obtenção de vaga para internação em Hospital é do próprio Segurado, de seus familiares ou de seu acompanhante.
- 3.6. A Indenização será paga somente APÓS A ALTA MÉDICA DEFINITIVA, para a contabilização dos dias de internação.
- 3.7. O pagamento da Indenização prevista para esta Cobertura não tem caráter de reembolso das despesas realizadas pelo Segurado.

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. APLICAM-SE AS MESMAS EXCLUSÕES MENCIONADAS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE – DIH-A.

CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização por diária devida na ocorrência do Evento Coberto, conforme definido na Apólice, **respeitado o limite máximo de eventos, assim como o limite máximo de diárias por evento.**
- 6.2. O Capital Segurado será pago de uma única vez e será calculado na regulação do Sinistro considerando o período da Internação Hospitalar do Segurado em Unidade de Terapia Intensiva – UTI ou Centro de Terapia Intensiva – CTI, a contar do primeiro dia de internação, respeitado o período de Franquia da CLÁUSULA 8 – FRANQUIA desta Condição Especial, até a data da alta médica Hospitalar definitiva ou da utilização do limite de diárias estabelecidas na Apólice, o que ocorrer primeiro.

CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO

- 7.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data de ocorrência do Acidente Pessoal coberto.

CLÁUSULA 8 – FRANQUIA

- 8.1. PERÍODO DE FRANQUIA PARA ESTA COBERTURA É DE 2 (DOIS) DIAS E SERÁ CONTADO A PARTIR DA DATA INICIAL DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR. DESTA FORMA, INICIA-SE A COBERTURA A PARTIR DA 3ª (TERCEIRA) DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

CLÁUSULA 9 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

9.1. Haverá a reintegração do Capital Segurado relativo à esta Cobertura, de forma automática, após cada Sinistro, sem a cobrança de Prêmio adicional, respeitado o limite máximo de eventos, conforme previsto no item 3.4 da CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS acima.

CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA

10.1. Além das situações previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, esta Cobertura termina:

- a) Quando for cancelada a Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente – DIH-A;
- b) Com o pagamento de 3 (três) eventos no período de 12 (doze) meses; e
- c) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. A análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura se dará conforme definido para a Cobertura adicional de Diárias de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente – DIH-A, descrito na CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Especiais daquela Cobertura adicional.

CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS

12.1. Para efeito desta Cobertura o Beneficiário será o próprio Segurado, ainda que representado na forma lei.

CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE DECESSOS – DE

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada mediante o pagamento de Prêmio adicional, garante a **prestação de serviços ou o reembolso das despesas com o funeral ou cremação**, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado decorrente de causas naturais ou Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de Vigência do Seguro, **observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais**.
- 1.2. Caso o Segurado escolha pela cremação ao sepultamento, não será liberado Capital Segurado adicional específico para a realização da cremação. O valor destinado para as despesas com a cremação será o mesmo destinado ao funeral, limitado ao valor do Capital Segurado contratado. **A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAREM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO ESSES DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.**

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplica à presente Cobertura, a seguinte definição:
 - 2.1.1. **Moradia Habitual:** lugar em que a pessoa tem sua habitação ordinária ou em que mantém a sua residência habitual dentro do território brasileiro.

CLÁUSULA 3 – CARÊNCIA

- 3.1. **PODERÁ SER APLICADA CARÊNCIA NESTA COBERTURA PARA OS EVENTOS DECORRENTE DE DOENÇA. QUANDO APLICADA, A CARÊNCIA SERÁ DE 90 (NOVENTA) DIAS E ESTARÁ INDICADA NA APÓLICE.**

CLÁUSULA 4 – RISCOS COBERTOS

- 4.1. A presente Cobertura poderá ser contratada nos seguintes padrões:
 - a) **Individual:** Fica coberto somente o Segurado Titular;
 - b) **Casal:** Ficam cobertos o Segurado Titular e seu Cônjuge/Companheiro(a), de acordo com as definições constantes na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais;
 - c) **Familiar Básico:** Ficam cobertos o Segurado Titular e seu(s) Filho(s) e/ou Enteadado(s), de acordo com as definições constantes na CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais;
 - d) **Familiar Completo:** Ficam cobertos o Segurado Titular, seu Cônjuge/Companheira(o) e seu(s) Filho(s) e/ou Enteadado(s), de acordo com as definições constantes na CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais.
- 4.1.1. **No plano Familiar (Básico ou Familiar), esta Cobertura é extensiva aos natimortos, quando houver a realização do funeral.**

4.2. O Beneficiário poderá optar pelo reembolso **OU** pela prestação do serviço de sepultamento e/ou cremação do Segurado, por meio de rede credenciada à Seguradora, respeitado os limites e critérios estabelecidos na Apólice.

4.2.1. Caso o Beneficiário opte pelo reembolso:

- a) Será garantida a livre escolha do prestador de serviço; e
- b) O reembolso das despesas suportados será efetuado até o limite do Capital Segurado contratado, observados os valores efetivamente gastos e **mediante a apresentação das notas fiscais originais ou cópias digitalizadas (legíveis e sem rasuras)**.

4.2.2. Caso o Beneficiário opte pela prestação de serviços:

- a) **Não caberá qualquer tipo de reembolso;**
- b) A Seguradora providenciará os serviços funerários e os custos serão pagos diretamente à funerária contratada no município, limitados ao Capital Segurado contratado;
- c) Quando optado pela prestação de serviço, o funeral será realizado por empresa terceirizada; e
- d) A Seguradora deverá ser comunicada do óbito, por meio da Central de Atendimento da Seguradora, que disponibilizará a rede especializada de prestadores de serviços credenciada, para a realização dos serviços funerários e de assistência. A ligação pode ser feita de qualquer lugar do globo terrestre. A Seguradora enviará um representante que:

d.1) Em caso de falecimento e sepultamento dentro do município de Moradia Habitual no Brasil:

- i. Irá se dirigir à residência/Hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento à funerária do município;
- ii. Irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
- iii. Retornará ao local de origem, entregando a documentação à família e informando as providências adotadas.

d.2) Em caso de falecimento no município de Moradia Habitual do Segurado no Brasil com sepultamento fora de Moradia Habitual no Brasil:

- i. Irá se dirigir à residência/Hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento à funerária do município. **Neste caso, as despesas com traslado do corpo e respectiva documentação serão de responsabilidade da família;**
- ii. Irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
- iii. Retornará ao local de origem, entregando a documentação à família e informando as providências adotadas.

d.3) Em caso de falecimento fora do município de Moradia Habitual do Segurado no Brasil e sepultamento no município de Moradia Habitual no Brasil:

- i. Tomará todas as providências, inclusive arcará com o custeio do traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de Moradia Habitual do Segurado, onde será prestado também o serviço de sepultamento.

d.4) Em caso de falecimento fora do município de Moradia Habitual do Segurado no Brasil e sepultamento fora do município de Moradia Habitual no Brasil:

- i. Prestará o serviço no local do óbito, preparando toda a documentação necessária para o traslado do corpo e sepultamento em outro município, que será providenciado pela família; e
- ii. As despesas com o traslado do corpo será limitado aos valores equivalentes aos que seriam despendidos para o traslado ao município de sua Moradia Habitual no Brasil, arcando a família com a diferença de valores, se o caso.

Em caso de **morte violenta** (entende-se por “morte violenta”, aquela que não é motivada por doença, mas causada por desastre, suicídio ou homicídio), a família deverá acompanhar o representante da Seguradora ao Instituto Médico Legal – IML para liberação do corpo.

O valor total da prestação de serviço será limitado ao valor do Capital Segurado contratado para a Cobertura adicional de Decessos. As despesas com o traslado não serão consideradas na composição do valor total da prestação de serviço.

A prestação do serviço não caracteriza reconhecimento do direito às demais Coberturas contratadas pelo Segurado. O direito às Coberturas previstas no seguro se dará conforme as Condições Contratuais.

4.2.3. Se, em caso de força maior ou de circunstâncias alheias à Seguradora, for impossível a prestação do serviço de sepultamento ou cremação no município de residência habitual do Segurado, a Seguradora avaliará o pedido de reembolso das despesas, observando o limite do valor do Capital Segurado contratado e dos valores das notas fiscais originais ou cópias digitalizadas (legíveis e sem rasuras).

4.2.4. A rede especializada de prestadores de serviços credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora, mantida, sempre, a excelência da prestação de serviços objeto da presente Cobertura.

4.2.5. Fica estabelecido que os serviços objeto da presente Cobertura não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviços intervenham para a realização do funeral.

4.2.6. A família deverá fornecer à Seguradora ou lhe facilitar o acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias do óbito. O não cumprimento desta obrigação dará lugar à perda de direito à Cobertura no caso de culpa grave do Segurado.

4.2.7. Entende-se por “despesas com funeral” a Cobertura das despesas com serviço de sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível na região escolhida pela família do Segurado), de acordo com os itens abaixo relacionados:

- a) Urna/caixão;
- b) Carro para enterro (no município de Moradia Habitual);
- c) Carreto/caixão (no município de Moradia Habitual);
- d) Serviço assistencial;
- e) Registro de óbito;

- f) Taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de Moradia Habitual do Segurado);
- g) Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de Moradia Habitual);
- h) Taxa de aluguel de jazigo pelo período de 3 (três) anos, em cemitério público, contados da data do sepultamento. E quando não for possível o aluguel em cemitério público, será alugado em cemitério particular, no qual exista acordo com a prefeitura local, respeitado o valor do Capital Segurado contratado;
- i) Remoção do corpo/traslado (no município de Moradia Habitual);
- j) Repatriamento do corpo (até o município de Moradia Habitual);
 - j.1) Neste caso, a prestação de serviço tratará das formalidades necessárias para repatriação do corpo, garantindo o pagamento das despesas de transporte até o local de sepultamento no Brasil, incluindo-se os gastos para fornecimento de urna funerária necessária para este transporte, observado o limite disponível para prestação deste tipo de serviço, conforme Manual de Assistência disponível no site www.mapfre.com.br;
- k) Paramentos (essa);
- l) Mesa de condolências;
- m) Velas;
- n) Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de Moradia Habitual);
- o) Véu; e
- p) Um enfeite e uma coroa de flores.

4.2.8. Todos os itens acima serão disponibilizados conforme infraestrutura local. Não caberá à Seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou não sejam comercializados em determinadas praças.

4.2.9. Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o Capital Segurado contratado poderá ser insuficiente. A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAREM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO ESSES DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.

4.2.10. No caso de cremação, o traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que exista o serviço, ocorrerá num raio máximo de 200 km (duzentos quilômetros), sendo garantido o posterior retorno das cinzas aos familiares.

4.2.11. No caso de sepultamento do corpo do Segurado, não havendo jazigo da família será alugado jazigo pelo período de até 3 (três) anos em cemitério público, conforme legislação local. E quando não for possível o aluguel em cemitério público, será alugado em cemitério particular, no qual exista acordo com prefeitura local, respeitado o valor do Capital Segurado contratado.

4.2.12. Fica garantido o traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de Moradia Habitual do Segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.

- a) Caso o Beneficiário tenha optado pela prestação do serviço, em vez do reembolso das despesas, o traslado será realizado até o município desejado, **desde que não ultrapasse a distância entre o município onde ocorreu o óbito e o município de Moradia Habitual**

do Segurado. O valor da prestação de serviço de traslado não será deduzido do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Decessos;

- b) Caso a família opte pela realização do funeral ou cremação fora do limite descrito no item a, deverá assumir integralmente a responsabilidade pela diferença do pagamento das despesas; e
- c) Caso o Beneficiário tenha optado pelo reembolso das despesas com o traslado, o valor será deduzido do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Decessos. A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAREM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO ESSES DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.

4.2.13. A SEGURADORA FICARÁ ISENTA DA RESPONSABILIDADE DE PRESTAR O SERVIÇO, CASO HAJA RECUSA DA FAMÍLIA EM EFETUAR O PAGAMENTO DO(S) VALOR(ES) EXCEDENTE(S).

CLÁUSULA 5 – RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES, ITEM 2.1, ALÍNEA “B” E DA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADO A:

- A) QUAISQUER VALORES QUE EXCEDAM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO PARA A COBERTURA;
- B) PRESTAÇÃO, PELA REDE ESPECIALIZADA DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CREDENCIADA, DE QUALQUER OUTRO TIPO DE SERVIÇO, ALÉM DO QUE ESTIVER ESTABELECIDO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS E NA APÓLICE;
- C) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA QUE NÃO ESTEJAM RELACIONADAS DIRETAMENTE COM O FUNERAL OU NÃO PREVISTAS NESTA COBERTURA. CASO A OPÇÃO SEJA PELA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DECESSOS E TAL SERVIÇO SEJA PRESTADO, NÃO SERÃO REEMBOLSADAS QUAISQUER DESPESAS REALIZADAS;
- D) DESPESAS DECORRENTES DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CREMAÇÃO EM MUNICÍPIO DIVERSO DO MUNICÍPIO DE DOMICÍLIO DO SEGURADO OU DO RAIOS DE QUILOMETRAGEM PERMITIDO NESTA COBERTURA;
- E) DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE JAZIGOS, TERRENOS E CARNEIROS;
- F) SEPULTAMENTO OU CREMAÇÃO DE ÓRGÃOS OU MEMBROS DO CORPO HUMANO; E
- G) DESPESAS COM OS SERVIÇOS DECORRENTES DO PLANO FUNERÁRIO EVENTUALMENTE CONTRATADO.

CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1. Esta cobertura abrange os Eventos Cobertos ocorridos no território nacional. A prestação de serviço de sepultamento ou cremação será restrita ao território brasileiro, limitada ao Capital Segurado contratado.

CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponderá ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência de Evento Coberto, **respeitando os limites estabelecidos na Apólice.**

CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO

8.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data de falecimento do Segurado, titular ou dependente, comprovada mediante Certidão de Óbito.

CLÁUSULA 9 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO

9.1. Anualmente, a contar da data de início de vigência da Apólice, o valor do Prêmio da Cobertura adicional de Decessos será reajustado em função da mudança de idade do Segurado Titular, conforme estabelecido na CLÁUSULA 8 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO das Condições Especiais da Cobertura básica de Morte – M.

9.2. Para os planos Casal e Familiar Completo, o reenquadramento descrito no item 9.1 se aplica também ao Segurado Dependente na condição de Cônjuge/Companheiro(a), ou seja, anualmente, a contar da data de início de vigência da Apólice, o valor do Prêmio da Cobertura adicional de Decessos será reajustado em função da mudança de idade do Segurado Dependente na condição de Cônjuge/Companheiro(a), conforme estabelecido na CLÁUSULA 8 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO das Condições Especiais da Cobertura básica de Morte – M.

CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA

10.1. Além das situações previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, esta Cobertura termina:

- a) Com a separação judicial ou de fato, o(a) Cônjuge perderá automaticamente o direito de utilização desta Cobertura;
- b) Com o fim da condição estabelecida no item 2.9 da CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, o(a) Companheiro(a) perderá automaticamente o direito de utilização desta Cobertura;
- c) Com o fim da condição estabelecida no item 2.22 da CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, o(s) Filho(s) perderá(ão) automaticamente o direito de utilização desta Cobertura; e
- d) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 11 – SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS

11.1. Para utilizar esta Cobertura na forma de prestação de serviços, os familiares, Beneficiário(s), seu(s) representante(s) ou, se for o caso, o Segurado, contará com a “Assistência 24 Horas”, que pode ser acessada pelo(s) telefone(s) constante(s) na Apólice.

- 11.2. A Seguradora enviará um representante que tomará todas as providências para a prestação de serviço de sepultamento ou cremação de acordo com a CLÁUSULA 4 – RISCOS COBERTOS desta Condição Especial. Neste caso, os custos serão pagos diretamente à funerária do município de Domicílio do Segurado, limitados ao Capital Segurado contratado.
- 11.3. Em caso de morte acidental, o representante da Seguradora deverá ser acompanhado de um membro da família do Segurado, junto ao Instituto Médico Legal – IML ou órgão similar para liberação do corpo, sempre que houver tal exigência.

CLÁUSULA 12 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 12.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais e na CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS da Condição Especial da Cobertura básica de Morte – M, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, **quando o pedido for de reembolso de despesas**, deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:
- Cópia da certidão de óbito do Segurado que sofreu o Sinistro;
 - Relatório Médico carimbado e assinado pelo Médico Assistente, contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do Segurado;
 - Exames Médicos realizados que comprovem o diagnóstico firmado e indicado no Relatório Médico apresentado;
 - Cópias do RG ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do(s) responsável(is) pelo pagamento das despesas com o funeral; e
 - Notas fiscais e recibos originais ou cópias digitalizadas (legíveis e sem rasuras) das despesas com o funeral.
- 12.1.1. Quando a morte for decorrente de Acidente Pessoal, além dos documentos descritos acima, **também** deverão ser apresentados:
- Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
 - Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente; e
 - Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o Segurado).
- 12.2. O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do Capital Segurado vigente na data do evento.
- 12.3. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda, da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de Cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do Sinistro, nos termos da CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, das Condições Gerais.
- 12.4. As demais regras para análise e Regulação de Sinistros, bem como para o pagamento de Indenização e/ou reembolso (se caracterizado risco coberto) estão indicados na CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das Condições Gerais.

CLÁUSULA 13 – BENEFICIÁRIOS

- 13.1. Para efeito desta Cobertura, o Beneficiário será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas previstas por esta Cobertura, mediante apresentação dos documentos indicados na CLÁUSULA 12 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.
- 13.2. No caso de acionamento da prestação de serviços, o pagamento será realizado diretamente ao prestador de serviços responsável pelo atendimento ao Segurado, limitado ao Capital Segurado contratado.

CLÁUSULA 14 – DISPOSIÇÕES GERAIS

- 14.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO – AJ

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, mediante pagamento do Prêmio adicional, garante ao(s) Beneficiário(s) a aquisição através de prestadora de serviço ou o reembolso das despesas efetuadas com a aquisição de terreno, jazigo ou carneiro, se disponível no local do sepultamento, limitados ao valor do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado por causas naturais ou Acidente Pessoal coberto, durante o período de Vigência do Seguro, observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.
- 1.2. As despesas e taxas com manutenção do terreno, jazigo ou carneiro serão de responsabilidade do Segurado (no caso do falecimento de Segurado Dependente ou Segurado Agregado) ou do representante legal do Segurado Titular.

CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS

- 2.1. A presente Cobertura estará vinculada ao padrão contratado para a Cobertura adicional de Decessos, conforme estabelecido no item 4.1 da CLÁUSULA 4 – RISCOS COBERTOS das Condições Especiais da Cobertura adicional de Decessos – DE.

CLÁUSULA 3 – CARÊNCIA

- 3.1. PODERÁ SER APLICADA CARÊNCIA NESTA COBERTURA PARA OS EVENTOS DECORRENTE DE DOENÇA. QUANDO APLICADA, A CARÊNCIA SERÁ DE 180 (CENTO E OITENTA) DIAS E ESTARÁ INDICADA NA APÓLICE.

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES, ITEM 2.1, ALÍNEA “B” E DA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADO A:
 - A) QUAISQUER VALORES QUE EXCEDAM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO PARA A COBERTURA;
 - B) PRESTAÇÃO, PELA REDE ESPECIALIZADA DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CREDENCIADA, DE QUALQUER OUTRO TIPO DE SERVIÇO, ALÉM DO QUE ESTIVER ESTABELECIDO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS E NA APÓLICE;
 - C) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA QUE NÃO ESTEJAM RELACIONADAS DIRETAMENTE COM A COMPRA DE JAZIGO, TERRENOS OU CARNEIROS OU QUE NÃO ESTEJAM PREVISTAS NESTA COBERTURA. CASO A OPÇÃO SEJA PELA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E TAL SERVIÇO SEJA PRESTADO, NÃO SERÃO REEMBOLSADAS QUAISQUER DESPESAS REALIZADAS;
 - D) AQUISIÇÃO DE JAZIGO, TERRENOS OU CARNEIROS PARA ÓRGÃOS OU MEMBROS DO CORPO HUMANO; E
 - E) DESPESAS COM OS SERVIÇOS DECORRENTES DO PLANO FUNERÁRIO EVENTUALMENTE CONTRATADO.

CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência de Evento Coberto, sendo equivalente a **200% (duzentos por cento)** do Capital Segurado contratado para a Cobertura adicional de Decessos na data do evento, **respeitando o limite estabelecido na Apólice.**

CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO

7.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data de falecimento do Segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

CLÁUSULA 8 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO

8.1. Anualmente, a contar da data de início de vigência da Apólice, o valor do Prêmio da Cobertura adicional de Aquisição de Jazigo será reajustado em função da mudança de idade do Segurado Titular e/ou do Segurado Dependente na condição de Cônjuge/Companheiro(a), conforme estabelecido na CLAUSULA 9 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO das Condições Especiais da Cobertura adicional de Decessos – DE.

CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA

9.1. Além das situações previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, esta Cobertura termina:

- a) Quando for paga a Indenização desta Cobertura ao Beneficiário responsável;
- b) Quando for cancelada a Cobertura adicional de Decessos;
- c) Com a separação judicial ou de fato, o(a) Cônjuge perderá automaticamente o direito de utilização desta Cobertura;
- d) Com o fim da condição estabelecida no item 2.9 da CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, o(a) Companheiro(a) perderá automaticamente o direito de utilização desta Cobertura;
- e) Com o fim da condição estabelecida no item 2.22 da CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, o(s) Filho(s) perderá(ão) automaticamente o direito de utilização desta Cobertura; e
- f) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. A análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura se dará conforme definido para a Cobertura adicional de Decessos, descrita na CLÁUSULA 12 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Especiais daquela Cobertura adicional.

10.2. O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do Capital Segurado vigente na data do evento.

10.3. As demais regras para análise e Regulação de Sinistros, bem como para o pagamento de Indenização e/ou reembolso (se caracterizado risco coberto) estão indicados na CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das Condições Gerais.

CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS

11.1. Para efeito desta Cobertura, o Beneficiário será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas pela aquisição de terreno, carneiro ou jazigo, mediante apresentação dos documentos indicados na CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.

CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE ANTECIPAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EM FASE TERMINAL POR DOENÇA OU ACIDENTE – AIFT-DA

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, se contratada, mediante o pagamento de Prêmio adicional, garante a antecipação de 100% (cem por cento) do Capital Segurado da Cobertura básica de Morte – M ao próprio Segurado, caso seu quadro clínico seja caracterizado como Paciente em Fase Terminal, durante a Vigência do Seguro, observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplica à presente Cobertura, a seguinte definição:

2.1.1. **Paciente em Fase Terminal:** considera-se Paciente em Fase Terminal os portadores de doenças ou acidentados com quadro clínico para as quais foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para os quais há expectativa de morte iminente, onde as medidas terapêuticas aplicáveis NÃO ensejarão em aumento da sobrevida do paciente, sendo caracterizado como tratamento meramente paliativo.

CLÁUSULA 3 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

3.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

CLÁUSULA 4 – CARÊNCIA

4.1. PODERÁ SER APLICADA CARÊNCIA NESTA COBERTURA PARA OS EVENTOS DECORRENTE DE DOENÇA. QUANDO APLICADA, A CARÊNCIA SERÁ DE 90 (NOVENTA) DIAS E ESTARÁ INDICADA NA APÓLICE.

CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde à 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura básica de Morte – M na data do evento, respeitando o limite estabelecido na Apólice.

5.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura cancelará automaticamente a Apólice.

CLÁUSULA 6 – DATA DO EVENTO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data do diagnóstico do estado terminal do Segurado devidamente comprovado por documentação descrita na CLÁUSULA 9 – LIQUIDAÇÃO DO SINISTROS desta Condição Especial.

CLÁUSULA 7 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO

7.1. Anualmente, na data de aniversário da Apólice, o valor do Prêmio desta Cobertura será reajustado em função da mudança de idade do Segurado Titular e/ou do Segurado Dependente na condição de Cônjuge/Companheiro(a), conforme estabelecido na CLÁUSULA 8 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO da Condição Especial da Cobertura básica de Morte – M.

CLÁUSULA 8 – TÉRMINO DA COBERTURA

8.1. Além das situações previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, esta Cobertura termina:

- Com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura adicional, extingue-se, imediata e automaticamente, a Cobertura integral do seguro; e
- Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 9 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados também os seguintes documentos:

- Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico que prestou o atendimento ao Segurado, contendo o diagnóstico, o quadro clínico indicando o estágio da doença, acompanhado do histórico da patologia e exames pertinentes que comprovem o laudo Médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais, que comprove a doença em fase terminal da pessoa que sofreu o Sinistro e ateste o tempo esperado de sobrevivência, emitido por Médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, com firma reconhecida em cartório;
- Exames Médicos realizados, que comprovem o diagnóstico firmado e indicado no Relatório Médico apresentado; e
- No caso de Segurado representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante.

9.2. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicadas na CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS

10.1. Para efeito desta Cobertura, o Beneficiário será o próprio Segurado, ainda que representado na forma da lei.

Sede Berrini

Avenida das Nações Unidas, 11.711 • Brooklin Paulista
São Paulo • SP • Brasil • 04578-000

www.mapfre.com.br



CLÁUSULA 11 – DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – DC

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, se contratada, mediante o pagamento do Prêmio adicional, garante ao próprio Segurado, o pagamento de Indenização, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, quando diagnosticado com seu primeiro Câncer, durante o período de vigência da Apólice, **exceto os do tipo pele não-melanoma e/ou Carcinomas *in situ*, observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.**

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplicam à presente Cobertura, as seguintes definições:

2.1.1. **Câncer:** é a designação genérica de Neoplasia Maligna, esta caracterizada pelo crescimento anormal e desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo se espalhar para outras regiões do organismo.

2.1.2. **Carcinoma:** é um tumor maligno desenvolvido a partir de células epiteliais, glandulares (Adenocarcinoma) ou do trofoblasto (Córiocarcinoma) que tende a invadir tecidos circulares originando Metástases.

2.1.3. **Carcinoma Primário:** é o tumor maligno original, podendo surgir em qualquer órgão ou tecido do corpo. Em geral, o Câncer recebe o nome de acordo com sua localização inicial.

2.1.4. **Carcinoma *In Situ*:** é a Neoplasia que está ainda localizada e limitada ao seu ponto de origem, porém, é uma lesão pré-neoplásica, ou seja, se não removida, evoluirá com alta probabilidade para Carcinoma epidermóide invasivo.

2.1.5. **Diagnóstico de Câncer:** é o conjunto de medidas de ordem médica capazes de estabelecer a confirmação de uma doença neoplásica maligna (Câncer), nos termos das Condições Contratuais desse seguro. **O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER TERÁ DE ATENDER, INTEGRALMENTE, OS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS NA LITERATURA MUNDIAL E ACEITOS PELAS RESPECTIVAS SOCIEDADES MÉDICO-CIENTÍFICAS ESPECIALIZADAS E PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL.**

2.1.6. **Estádio da Neoplasia:** é a fase da evolução de uma Neoplasia. O conceito de estágio é utilizado na caracterização da progressão de uma Neoplasia possibilitando a sua classificação, orientando a determinação da melhor conduta médica e subsidiando definições ao Prognóstico da doença.

2.1.7. **Exame Anatomopatológico:** é o exame composto de estudo macroscópico e microscópico de material orgânico voltado ao estabelecimento de diagnósticos. Tais exames são utilizados quando da realização de biópsias e de coletas de material, como ocorre nos exames preventivos na mulher. A parte microscópica também é chamada de exame histopatológico. O Exame Anatomopatológico é um dos exames de escolha para o Diagnóstico de Câncer.

- 2.1.8. **Médico Especialista:** é o profissional que tenha conhecimento Médico, e que esteja legalmente autorizado e devidamente certificado pelo Conselho Regional de Medicina, referente a sua especialidade.
- 2.1.9. **Metástase:** é o crescimento de uma Neoplasia em região do organismo diferente daquela na qual o tumor se originou, sem que haja continuidade entre a lesão à distância (Metástase) e o foco inicial (tumor primário), caracterizando disseminação da doença.
- 2.1.10. **Neoplasia:** é uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo com efeitos agressivos sobre o hospedeiro.
- 2.1.11. **Neoplasia Benigna:** é uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo, mas de caráter benigno, no qual os efeitos agressivos sobre o hospedeiro tendem a se limitar ao local do seu desenvolvimento.
- 2.1.12. **Neoplasia Maligna:** é uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo, com a característica de invasão e destruição dos tecidos locais e os normais ao seu redor, no qual os efeitos agressivos sobre o hospedeiro não se limitam ao local do seu desenvolvimento, podendo disseminar para outras regiões além daquela em que se originou.
- 2.1.13. **Neoplasia Maligna de Pele Não-Melanoma:** o Câncer de pele não melanoma é um dos mais comuns, se desenvolve lentamente e dificilmente se espalha para outras áreas do corpo. Tem origem nas camadas mais externa, geralmente é o das células basais ou escamosas, sendo o último com risco maior de invadir o tecido gorduroso, atingir os linfonodos, e outros órgãos.
- 2.1.14. **Prazo de Carência:** período, contado a partir da data de início de Vigência do Seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da Vigência do Seguro, no caso de suspensão, durante o qual a Seguradora está isenta de responsabilidade indenizatória, ou seja, em que o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados em eventual ocorrência de Sinistro.
- 2.1.15. **Prognóstico:** é a previsão médica da evolução ou de um resultado provável de uma doença que, nos termos desse seguro, se faz voltado aos tipos de Câncer cobertos.

CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

- 3.1. O EVENTO SERÁ COBERTO, EM CASO DA PRIMEIRA NEOPLASIA MALIGNA DIAGNOSTICADA, DESDE QUE, CUMULATIVAMENTE, SEJAM CUMPRIDOS OS SEGUINTE REQUISITOS:
- A) NÃO ESTEJA ABRANGIDA PELA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, DAS CONDIÇÕES GERAIS;
 - B) QUE A NEOPLASIA MALIGNA TENHA O SEU PRIMEIRO DIAGNÓSTICO, OBRIGATORIAMENTE EM VIDA DO SEGURADO, COMPROVADO EM DATA POSTERIOR AO INÍCIO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA DA APÓLICE; E
 - C) O EVENTO COBERTO OCORRA DEPOIS DE FINDO O PERÍODO DE CARÊNCIA DETERMINADO NA CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA, DESTA CONDIÇÃO ESPECIAL.

3.2. Após o pagamento da Indenização desta Cobertura, não haverá reintegração do Capital Segurado, portanto, **HAVERÁ COBERTURA SOMENTE PARA A PRIMEIRA NEOPLASIA MALIGNA DIAGNOSTICADA, ESTANDO EXCLUÍDAS, EM TODA E QUALQUER HIPÓTESE, PARA EFEITO DESTE SEGURO E DE SUAS RENOVAÇÕES, SE OCORREREM, A POSSIBILIDADE DE ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES PELO DIAGNÓSTICO DE MAIS DE UM CÂNCER.**

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADO A:

- A) NEOPLASIA MALIGNA CLASSIFICADA COMO CARCINOMA *IN SITU*;
- B) NEOPLASIAS BENIGNAS;
- C) NEOPLASIAS MALIGNAS DE PELE NÃO-MELANOMA OU MELANOMA MALIGNO COM GRAU DE INVASÃO INFERIOR A 1,5 MM SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE BRESLOW;
- D) NEOPLASIAS NÃO PRIMÁRIAS.

CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA

6.1. O PRAZO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA SERÁ DE 90 (NOVENTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE E ESTARÁ INDICADA NA APÓLICE.

CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Evento Coberto, **respeitado o limite estabelecido na Apólice.**

CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO

8.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data do Relatório Médico contendo o diagnóstico do primeiro Câncer do Segurado, realizado em vida.

CLÁUSULA 9 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO

9.1. Anualmente, a contar da data de início de vigência da Apólice, o valor do Prêmio da Cobertura adicional de Diagnóstico de Câncer será reajustado em função da mudança de idade do Segurado Titular e/ou do Segurado Dependente na condição de Cônjuge/Companheiro(a), conforme a tabela a seguir:

Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste
14 a 16	–	41	12,68%	66	3,28%	91	4,31%

Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste
17	5,76%	42	12,94%	67	3,32%	92	4,35%
18	6,04%	43	13,19%	68	3,36%	93	4,39%
19	6,32%	44	13,44%	69	3,40%	94	4,43%
20	6,61%	45	13,69%	70	3,44%	95	4,47%
21	6,90%	46	13,92%	71	3,48%	96	4,51%
22	7,19%	47	14,16%	72	3,53%	97	4,55%
23	7,48%	48	14,38%	73	3,57%	98	4,59%
24	7,78%	49	14,61%	74	3,61%	99	4,63%
25	8,08%	50	5,16%	75	3,65%	100	4,68%
26	8,37%	51	5,59%	76	3,69%	101	4,49%
27	8,67%	52	6,05%	77	3,73%	102	4,51%
28	8,97%	53	6,55%	78	3,77%	103	4,53%
29	9,27%	54	7,10%	79	3,81%	104	4,54%
30	9,57%	55	5,48%	80	3,86%	105	4,55%
31	9,86%	56	6,00%	81	3,90%	106	4,56%
32	10,16%	57	6,59%	82	3,94%	107	4,56%
33	10,45%	58	7,24%	83	3,98%	108	4,56%
34	10,74%	59	7,95%	84	4,02%	109	4,56%
35	11,03%	60	3,16%	85	4,06%	110	4,55%
36	11,32%	61	3,22%	86	4,10%	111	4,54%
37	11,60%	62	3,28%	87	4,14%	112	4,55%
38	11,87%	63	3,34%	88	4,18%	113	4,55%
39	12,15%	64	3,40%	89	4,22%	114	4,55%
40	12,42%	65	3,24%	90	4,27%	115	4,55%

CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA

10.1. Além das situações previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, esta Cobertura termina:

- a) Com o pagamento de Indenização do Capital Segurado relativo a esta Cobertura adicional;
- e
- b) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico que prestou o atendimento ao Segurado, contendo o resultado do Exame Anatomopatológico, o estágio de Neoplasia, o tratamento indicado, já realizado e à realizar, de modo detalhado e Prognóstico;
- b) Cópia do Exame Anatomopatológico que comprove o Diagnóstico de Câncer;
- c) Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivos (apropriados para cada caso); e
- d) Laudo do perito Médico, **quando solicitado pela Seguradora.**

11.2. O pagamento das Indenizações relativas à Cobertura básica de Morte – M e a Cobertura adicional de Diagnóstico de Câncer se acumulam, ou seja, se depois de paga a Indenização pela Cobertura adicional de Diagnóstico de Câncer, verificar-se a morte do Segurado em decorrência do mesmo evento, a Seguradora responderá também pela Indenização referente à Cobertura básica de Morte – M, observado os termos e disposições das Condições Contratuais.

CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS

12.1. Para efeito desta Cobertura, o Beneficiário será o próprio Segurado, ainda que representado na forma da lei.

12.1.1. Se durante ou após a regulação do Sinistro ocorrer o óbito do Segurado, respeitado o período de vigência da Apólice, o valor correspondente ao Capital Segurado da Cobertura básica será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) na Proposta de Contratação pelo Segurado Titular.

CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Ratificam-se as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta Cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA OU GINECOLÓGICOS – DC–MG

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, se contratada mediante o pagamento do Prêmio adicional, garante a própria Segurada, o pagamento de Indenização, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, quando diagnosticada com seu primeiro Câncer de Mama ou no Aparelho Ginecológico, durante o período de vigência da Apólice, observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplicam à presente Cobertura, as seguintes definições:

2.1.1. **Aparelho Ginecológico:** é o sistema de órgãos femininos envolvidos na reprodução, sendo composto por ovários, tubas uterinas, útero, vagina e vulva.

2.1.2. **Câncer de Mama:** doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno na(s) mama(s) e caracterizado pelo crescimento e expansão descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo.

2.1.3. **Carcinoma:** é um tumor maligno desenvolvido a partir de células epiteliais, glandulares (Adenocarcinoma) ou do trofoblasto (Córiocarcinoma) que tende a invadir tecidos circulares originando Metástases.

2.1.4. **Carcinoma Primário:** é o tumor maligno original, podendo surgir em qualquer órgão ou tecido do corpo. Em geral, o Câncer recebe o nome de acordo com sua localização inicial.

2.1.5. **Carcinoma *In Situ*:** é a Neoplasia que está ainda localizada e limitada ao seu ponto de origem, porém, é uma lesão pré-neoplásica, ou seja, se não removida, evoluirá com alta probabilidade para Carcinoma epidermóide invasivo.

2.1.6. **Diagnóstico de Câncer:** é o conjunto de medidas de ordem médica capazes de estabelecer a confirmação de uma doença neoplásica maligna (Câncer), nos termos das condições contratuais desse seguro. **O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER TERÁ DE ATENDER, INTEGRALMENTE, OS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS NA LITERATURA MUNDIAL E ACEITOS PELAS RESPECTIVAS SOCIEDADES MÉDICO-CIENTÍFICAS ESPECIALIZADAS E PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL.**

2.1.7. **Estádio da Neoplasia:** é a fase da evolução de uma Neoplasia. O conceito de estágio é utilizado na caracterização da progressão de uma Neoplasia possibilitando a sua classificação, orientando a determinação da melhor conduta médica e subsidiando definições ao Prognóstico da doença.

2.1.8. **Exame Anatomopatológico:** é o exame composto de estudo macroscópico e microscópico de material orgânico voltado ao estabelecimento de diagnósticos. Tais exames são utilizados quando da realização de biópsias e de coletas de material, como ocorre nos exames preventivos

na mulher. A parte microscópica também é chamada de exame histopatológico. O Exame Anatomopatológico é um dos exames de escolha para o Diagnóstico de Câncer.

- 2.1.9. Exames de Prevenção:** são procedimentos de investigação médica capazes de antecipar o diagnóstico de situações clínicas que sejam precursoras de doenças ou mesmo realizar seus diagnósticos precocemente. Para fins aplicados a esta Apólice os Exames de Prevenção mencionados são aqueles capazes de antecipar o conhecimento de lesões que possam estar relacionadas aos Cânceres de Mama e de colo do útero.
- 2.1.10. Médico Especialista:** é o profissional que tenha conhecimento Médico, e que esteja legalmente autorizado e devidamente certificado pelo Conselho Regional de Medicina, referente a sua especialidade.
- 2.1.11. Metástase:** é o crescimento de uma Neoplasia em região do organismo diferente daquela na qual o tumor se originou, sem que haja continuidade entre a lesão à distância (Metástase) e o foco inicial (tumor primário), caracterizando disseminação da doença.
- 2.1.12. Neoplasia:** é uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo com efeitos agressivos sobre o hospedeiro.
- 2.1.13. Neoplasia Benigna:** é uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo, mas de caráter benigno, no qual os efeitos agressivos sobre o hospedeiro tendem a se limitar ao local do seu desenvolvimento.
- 2.1.14. Neoplasia Maligna:** é uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo, com a característica de invasão e destruição dos tecidos locais e os normais ao seu redor, no qual os efeitos agressivos sobre o hospedeiro não se limitam ao local do seu desenvolvimento, podendo disseminar para outras regiões além daquela em que se originou.
- 2.1.15. Neoplasia Maligna de Pele Não-Melanoma:** o Câncer de pele não melanoma é um dos mais comuns, se desenvolve lentamente e dificilmente se espalha para outras áreas do corpo. Tem origem nas camadas mais externa, geralmente é o das células basais ou escamosas, sendo o último com risco maior de invadir o tecido gorduroso, atingir os linfonodos, e outros órgãos.
- 2.1.16. Prazo de Carência:** período, contado a partir da data de início de Vigência do Seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual a Seguradora está isenta de responsabilidade indenizatória, ou seja, em que o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados em eventual ocorrência de Sinistro.
- 2.1.17. Prognóstico:** é a previsão médica da evolução ou de um resultado provável de uma doença que, nos termos dessa Apólice de seguros, se faz voltado ao Câncer de Mama e de colo do útero.

CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

3.1. O EVENTO SERÁ COBERTO, EM CASO DA PRIMEIRA NEOPLASIA MALIGNA DIAGNOSTICADA LOCALIZADA NA MAMA OU NO APARELHO GINECOLÓGICO, DESDE QUE, CUMULATIVAMENTE, SEJAM CUMPRIDOS OS SEGUINTE REQUISITOS:

- A) QUE A NEOPLASIA MALIGNA TENHA O SEU PRIMEIRO DIAGNÓSTICO, OBRIGATORIAMENTE EM VIDA DA SEGURADA, COMPROVADO EM DATA POSTERIOR AO INÍCIO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA DA APÓLICE; E
- B) O EVENTO COBERTO OCORRA DEPOIS DE FINDO O PERÍODO DE CARÊNCIA DETERMINADO NA CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA, DESTA CONDIÇÃO ESPECIAL.

3.2. Após o pagamento da Indenização desta Cobertura, não haverá reintegração do Capital Segurado, portanto, **HAVERÁ COBERTURA SOMENTE PARA A PRIMEIRA NEOPLASIA MALIGNA DIAGNOSTICADA, ESTANDO EXCLUÍDAS, EM TODA E QUALQUER HIPÓTESE, PARA EFEITO DESTE SEGURO E DE SUAS RENOVAÇÕES, SE OCORREREM, A POSSIBILIDADE DE ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES PELO DIAGNÓSTICO DE MAIS DE UM CÂNCER.**

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADO A:

- A) NEOPLASIA MALIGNA CLASSIFICADA COMO CARCINOMA *IN SITU*;
- B) NEOPLASIAS BENIGNAS;
- C) NEOPLASIAS MALIGNAS DE PELE NÃO-MELANOMA OU MELANOMA MALIGNO COM GRAU DE INVASÃO INFERIOR A 1,5 MM SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE BRESLOW;
- D) NEOPLASIAS NÃO PRIMÁRIAS.

CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA

6.1. O PRAZO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA SERÁ DE 90 (NOVENTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE E ESTARÁ INDICADA NA APÓLICE.

CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Evento Coberto, **respeitado o limite estabelecido na Apólice.**

CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO

8.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data do Relatório Médico contendo o diagnóstico do primeiro de Câncer de Mama ou no Aparelho Ginecológico da Segurada, realizado em vida.

CLÁUSULA 9 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO

9.1. Anualmente, a contar da data de início de vigência da Apólice, o valor do Prêmio da Cobertura adicional de Diagnóstico de Câncer de Mama ou Ginecológicos será reajustado em função da mudança de idade da Segurada titular e/ou da Segurada dependente na condição de Cônjuge/Companheiro(a), conforme a tabela a seguir:

Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste
14 a 16	–	41	15,75%	66	1,48%	91	1,79%
17	12,03%	42	15,85%	67	1,48%	92	1,81%
18	12,24%	43	15,95%	68	1,49%	93	1,84%
19	12,45%	44	16,04%	69	1,50%	94	1,86%
20	12,65%	45	16,13%	70	1,51%	95	1,89%
21	12,85%	46	16,22%	71	1,51%	96	1,91%
22	13,04%	47	16,30%	72	1,52%	97	1,94%
23	13,22%	48	16,38%	73	1,53%	98	1,97%
24	13,40%	49	16,46%	74	1,54%	99	2,00%
25	13,57%	50	1,59%	75	1,55%	100	2,03%
26	13,74%	51	1,61%	76	1,56%	101	1,90%
27	13,91%	52	1,63%	77	1,57%	102	1,92%
28	14,06%	53	1,65%	78	1,58%	103	1,93%
29	14,22%	54	1,67%	79	1,59%	104	1,94%
30	14,37%	55	1,42%	80	1,61%	105	1,94%
31	14,52%	56	1,43%	81	1,62%	106	1,95%
32	14,66%	57	1,43%	82	1,63%	107	1,95%
33	14,79%	58	1,43%	83	1,65%	108	1,95%
34	14,93%	59	1,44%	84	1,66%	109	1,95%
35	15,06%	60	1,44%	85	1,68%	110	1,95%
36	15,18%	61	1,45%	86	1,69%	111	1,94%
37	15,30%	62	1,45%	87	1,71%	112	1,94%
38	15,42%	63	1,45%	88	1,73%	113	1,94%
39	15,53%	64	1,46%	89	1,75%	114	1,95%
40	15,64%	65	1,47%	90	1,77%	115	1,95%

CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA

10.1. Além das situações previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, esta Cobertura termina:

- a) Com o pagamento de Indenização do Capital Segurado relativo a esta Cobertura adicional;
e

- b) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 11.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:
- a) No caso de Segurada representada, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
 - b) Relatório Médico devidamente assinado pelo Médico Assistente da Segurada, contendo o resultado do Exame Anatomopatológico, Estádio de Neoplasia, tratamento realizado e a realizar de modo detalhado e Prognóstico;
 - c) Cópia do Exame Anatomopatológico que comprove o Diagnóstico de Câncer; e
 - d) Laudo do perito Médico, **quando solicitado pela Seguradora.**
- 11.2. O pagamento das Indenizações relativas à Cobertura básica de Morte – M e a Cobertura adicional Diagnóstico de Câncer de Mama ou Ginecológicos se acumulam, ou seja, se depois de paga a Indenização pela Cobertura adicional de Diagnóstico de Câncer de Mama ou Ginecológicos, verificar-se a morte da Segurada em decorrência do mesmo evento, a Seguradora responderá também pela Indenização referente à Cobertura básica de Morte – M, observado os termos e disposições das Condições Contratuais.

CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS

- 12.1. Para efeito desta Cobertura, o Beneficiário será a própria Segurada, ainda que representada na forma da lei.
- 12.1.1. Se durante ou após a regulação do Sinistro ocorrer o óbito da Segurada, respeitado o período de vigência da Apólice, o valor correspondente ao Capital Segurado da Cobertura básica será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) na Proposta de Contratação pela Segurada.

CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1. Ratificam-se as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta Cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES – DG

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, se contratada, mediante o pagamento de Prêmio adicional, garante ao próprio Segurado, o pagamento de Indenização, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, em decorrência do primeiro diagnóstico de uma das doenças previstas no item 3.1 da CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS desta Condição Especial, durante o período de vigência da Apólice, observados dos Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplicam à presente Cobertura, as seguintes definições:

2.1.1. **Acidente Vascular Cerebral/Derrame:** obstrução aguda da circulação sanguínea cerebrovascular causada por obstrução do fluxo sanguíneo ou hemorragia subaracnoidea, hemorragia intracerebral ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio de fala, distúrbio cognitivo e parestesia e/ou plegias). O diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral crítico deve ser feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro, ressonância magnética ou exame de líquido. Deverá ser provada a existência de déficit neurológico nos últimos 3 (três) meses.

2.1.2. **Cirurgia Coronariana:** realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação de cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia.

2.1.3. **Carcinoma ou Câncer:** doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolado de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame citológico e histológico conclusivo de malignidade por oncologista ou patologista. O termo Câncer também inclui leucemia aguda e doenças malignas do sistema linfático, como a Doença ou Linfoma de Hodgkin.

2.1.4. **Infarto Agudo do Miocárdio:** é a morte de qualquer parte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O infarto deverá ser comprovado através de laudo emitido por Médico Especialista e através de exames de eletrocardiograma e exames laboratoriais (enzimas específicas). O diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:

- a) História de dores torácicas típicas;
- b) Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T,Q) ou em Ecocardiograma ou Cintilografia Cardíaca;
- c) Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK–MB);
- d) Avaliação de enzimas cardíacas, incluindo CK–MB.

2.1.5. **Insuficiência Renal:** 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 transplante renal. Deve ser diagnosticada por Médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

2.1.6. **Transplante de Órgãos:** necessidade médica do Segurado de recepção de transplante em função de perda irreversível da função dos seguintes órgãos: **figado, coração, pulmão, pâncreas, rim ou medula óssea.**

CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

3.1. **ESTÃO COBERTOS O DIAGNÓSTICO DE UMA DAS DOENÇAS RELACIONADAS A SEGUIR, DESDE QUE OCORRIDO EM DATA POSTERIOR AO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO E APÓS O PERÍODO DE CARÊNCIA DEFINIDO NA CLAUSULA 6 – CARÊNCIA DESTA CONDIÇÃO ESPECIAL:**

A) **CÂNCER PRIMÁRIO:** deve ser diagnosticado por Médico habilitado em oncologia e demonstrado através dos laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso;

B) **INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO:** deve ser diagnosticado por Médico habilitado em cardiologia e demonstrado por exames complementares apropriados, podendo ser realizado no Segurado tanto em vida quanto post-mortem;

C) **ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC:** deve ser diagnosticado por Médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia e demonstrado por exames complementares apropriados. Deve ser provada a existência de déficit neurológico nos últimos 3 (três) meses;

D) **CIRÚRGIA CORONARIANA (A CÉU ABERTO):** deve ser diagnosticada a necessidade de cirurgia por Médico habilitado em cirurgia cardíaca e comprovada por exame de cateterismo coronariano;

E) **INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (EM HEMODIÁLISE):** deve ser diagnosticada por Médico habilitado em nefrologia e demonstrada por exames complementares apropriados;

F) **TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS VITAIS:** deve ser indicada por Médico Especialista habilitado na especialidade da patologia em questão. Estarão cobertos os Segurados que necessitarem do transplante pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo:

- I. **CORAÇÃO;**
- II. **FÍGADO;**
- III. **MEDULA ÓSSEA;**
- IV. **PÂNCREAS;**
- V. **PULMÃO;**
- VI. **RIM.**

3.2. Após o pagamento da Indenização desta Cobertura, não haverá reintegração do Capital Segurado, portanto, **SOMENTE HAVERÁ COBERTURA PARA O PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DE UMA DAS DOENÇAS GRAVES PREVISTAS NESTA CLÁUSULA, ESTANDO EXCLUÍDAS, EM TODA E QUALQUER HIPÓTESE, PARA EFEITO DESTA SEGURO E DE SUAS RENOVAÇÕES, SE**

OCORREREM, A POSSIBILIDADE DE ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES PELO DIAGNÓSTICO DE MAIS DE UMA DOENÇA.

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA:

- A) DOENÇAS DECORRENTES DE INVALIDEZ PROFISSIONAL;
- B) ANOMALIAS CONGÊNITAS, INDEPENDENTEMENTE DE QUANDO SE MANIFESTEM;
- C) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA CÂNCER:
 - I. NEOPLASIA MALIGNA CLASSIFICADA COMO CARCINOMA *IN SITU*;
 - II. NEOPLASIAS BENIGNAS;
 - III. NEOPLASIAS MALIGNAS DE PELE NÃO-MELANOMA OU MELANOMA MALIGNO COM GRAU DE INVASÃO INFERIOR A 1,5 MM SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE BRESLOW; E
 - IV. NEOPLASIAS NÃO PRIMÁRIAS.
- D) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO:
 - I. OS INFARTOS DO MIOCÁRDIO OCORRIDOS ANTES DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO, DEMONSTRADOS ATRAVÉS DE CINTILOGRAFIA MIOCÁRDICA, ECOCARDIOGRAMA E/OU ELETROCARDIOGRAMA;
 - II. TODA A ANGINA DO PEITO, INCLUINDO ANGINA ESTÁVEL E INSTÁVEL E ANGINA DECÚBITO;
 - III. INFARTO DO MIOCÁRDIO SEM ELEVAÇÃO DO SEGMENTO “ST” NO ECOCARDIOGRAMA COM ELEVAÇÃO DA TROPONINA “I” OU “T”; E
 - IV. OUTRAS SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS.
- E) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL:
 - I. ANEURISMA CEREBRAL;
 - II. ATAQUES ISQUÊMICOS TRANSITÓRIOS;
 - III. QUALQUER OUTRO TIPO DE ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA NÃO ORIGINADA POR UM ACIDENTE VASCULAR;
 - IV. INJÚRIA CEREBRAL RESULTANTE DE HIPÓXIA OU TRAUMA;
 - V. HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR ACIDENTE;
 - VI. HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR TUMORES;
 - VII. HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR CIRURGIAS NO CÉREBRO;
 - VIII. OBSTRUÇÃO DE ARTÉRIA OFTÁLMICA RESULTANDO EM DANO NEUROLÓGICO; E
 - IX. SINTOMAS NEUROLÓGICOS CAUSADO POR ENXAQUECAS.
- F) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA CIRURGIA CORONARIANA:
 - I. ANGIOPLASTIA;
 - II. OUTROS PROCEDIMENTOS INTRA-ARTERIAIS;
 - III. CIRURGIA TIPO “KEY- HOLE” (QUAISQUER PROCEDIMENTOS A TÓRAX FECHADO, UTILIZANDO-SE CATETERES CIRÚRGICOS); E
 - IV. QUAISQUER PROCEDIMENTOS OU TÉCNICAS NÃO CIRÚRGICAS.

- G) ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS VITAIS:
- I. TRANSPLANTES DOS DEMAIS ÓRGÃOS NÃO LISTADOS NESTA CONDIÇÃO ESPECIAL;
 - II. TRANSPLANTE DE TECIDO;
 - III. TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO;
 - IV. TRANSPLANTE DE CÉLULAS-BETA DO PÂNCREAS;
 - V. AUTOTRANSPLANTE (TRANSPLANTE DE PARTES DO INDIVÍDUO EM SI PRÓPRIO), EXCETO DE MEDULA ÓSSEA;
 - VI. COLOCAÇÃO DE CORAÇÃO ARTIFICIAL, AINDA QUE COLOCADO TEMPORARIAMENTE VISANDO A COLOCAÇÃO DE CORAÇÃO HUMANO NO FUTURO;
 - VII. QUAISQUER TRANSPLANTES DE APENAS UMA PARTE DO ÓRGÃO; E
 - VIII. TRANSPLANTE DE QUAISQUER ÓRGÃOS NÃO-HUMANOS.

CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA

6.1. O PRAZO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA SERÁ DE 90 (NOVENTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE E ESTARÁ INDICADA NA APÓLICE.

CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Evento Coberto, **respeitado o limite estabelecido na Apólice.**

CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO

8.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data do Relatório Médico relacionado ao primeiro diagnóstico de uma das doenças previstas no item 3.1 da CLAUSULA 3 – RISCOS COBERTOS desta Condição Especial.

CLÁUSULA 9 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO

9.1. Anualmente, a contar da data de início de vigência da Apólice, o valor do Prêmio da Cobertura adicional de Doenças Graves será reajustado em função da mudança de idade do Segurado Titular e/ou do Segurado Dependente na condição de Cônjuge/Companheiro(a), conforme a tabela a seguir:

Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste
14 a 16	–	41	10,58%	66	4,98%	91	6,37%
17	6,76%	42	10,81%	67	5,05%	92	6,41%
18	6,88%	43	11,01%	68	5,12%	93	6,45%
19	6,98%	44	11,23%	69	5,18%	94	6,49%

Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste
20	7,18%	45	11,46%	70	5,25%	95	6,53%
21	7,24%	46	11,67%	71	5,32%	96	6,56%
22	7,49%	47	11,92%	72	5,38%	97	6,60%
23	7,52%	48	12,15%	73	5,44%	98	6,63%
24	7,72%	49	12,40%	74	5,50%	99	6,66%
25	7,89%	50	5,92%	75	5,56%	100	6,70%
26	8,04%	51	6,23%	76	5,62%	101	6,54%
27	8,16%	52	6,55%	77	5,68%	102	6,56%
28	8,28%	53	6,91%	78	5,74%	103	6,57%
29	8,49%	54	7,28%	79	5,79%	104	6,58%
30	8,62%	55	6,18%	80	5,85%	105	6,59%
31	8,75%	56	6,54%	81	5,90%	106	6,60%
32	8,95%	57	6,94%	82	5,95%	107	6,60%
33	9,08%	58	7,38%	83	6,01%	108	6,60%
34	9,29%	59	7,85%	84	6,05%	109	6,60%
35	9,43%	60	4,66%	85	6,10%	110	6,60%
36	9,60%	61	4,73%	86	6,15%	111	6,58%
37	9,82%	62	4,82%	87	6,20%	112	6,59%
38	9,99%	63	4,90%	88	6,24%	113	6,59%
39	10,18%	64	4,98%	89	6,29%	114	6,59%
40	10,39%	65	4,91%	90	6,33%	115	6,60%

CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA

10.1. Além das situações previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, esta Cobertura termina:

- a) Com o pagamento de Indenização do Capital Segurado relativo a esta Cobertura adicional;
e
- b) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:

- 11.1.1. Para o evento decorrente de Câncer será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico que prestou o atendimento ao Segurado, contendo o resultado do Exame Anatomopatológico, o Estádio de Neoplasia, o tratamento indicado, já realizado e à realizar, de modo detalhado e Prognóstico;
- b) Cópia do Exame Anatomopatológico que comprove o Diagnóstico de Câncer;
- c) Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivos (apropriados para cada caso); e
- d) Laudo do perito Médico, **quando solicitado pela Seguradora.**

11.1.2. Para o evento decorrente de **Infarto do Miocárdio** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença elaborado por Médico habilitado em cardiologia demonstrado por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: histórico da dor precordial típica, eletrocardiograma com alterações recentes e elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB) ou Ecocardiograma ou Cintilografia Cardíaca, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso.

11.1.3. Para o evento decorrente de **Acidente Vascular Cerebral** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença, elaborado por Médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia; e
- b) Exames complementares apropriados (tomografia computadorizada, ressonância magnética e exame de fluido cefalorraquidiano).

11.1.4. Para o evento decorrente de **Cirurgia Coronariana** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença elaborado por Médico habilitado em cirurgia cardíaca.

11.1.5. Para o evento decorrente de **Insuficiência Renal Crônica** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico da doença elaborado por Médico habilitado em nefrologia; e
- b) Exames complementares apropriados.

11.1.6. Para o evento decorrente de **Transplante de Órgãos Vitais** será comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado, com diagnóstico e exames complementares apropriados com recomendação feita pelo menos por 2 (dois) Médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.

11.2. O pagamento das Indenizações relativas à Cobertura básica de Morte – M e a Cobertura adicional Doenças Graves se acumulam, ou seja, se depois de paga a Indenização pela Cobertura adicional de Doenças Graves, verificar-se a morte do Segurado em decorrência do mesmo evento, a Seguradora responderá também pela Indenização referente à Cobertura básica de Morte – M, observado os termos e disposições das Condições Contratuais.

CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS

12.1. Para efeito desta Cobertura, o Beneficiário será o próprio Segurado, ainda que representada na forma da lei.

12.1.1. Se durante ou após a regulação do Sinistro ocorrer o óbito do Segurado, respeitado o período de vigência da Apólice, o valor correspondente ao Capital Segurado da Cobertura básica será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) na Proposta de Contratação pelo Segurado.

CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Ratificam-se as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta Cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA CLÁUSULA

- 1.1. Esta Cláusula Suplementar, quando contratada pelo Segurado, mediante o pagamento de Prêmio adicional, garante a inclusão de seu Cônjuge/companheiro como Segurado Dependente na Apólice, participando das mesmas Coberturas contratadas pelo Segurado, assim como dos capitais por ele definidos, nos termos da CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO, desde que o Segurado Dependente esteja em perfeitas condições de saúde e com idade compreendida entre 14 (quatorze) anos e 70 (setenta) anos completos, observados os Riscos Excluídos e as demais disposições contratuais.
- 1.2. As Coberturas contratadas para o dependente Cônjuge/Companheiro(a) estarão indicadas na Apólice.

CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS

- 2.1. O Segurado Dependente poderá participar nas seguintes Coberturas, desde que estas tenham sido contratadas pelo Segurado Titular:
- a) Cobertura Básica de Morte – M;
 - b) Cobertura Básica de Morte Acidental – MA;
 - c) Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA;
 - d) Cobertura Adicional de Decessos – DE somente no plano Casal ou Familiar Completo;
 - e) Cobertura Adicional de Aquisição de Jazigo – AJ somente no plano Casal ou Familiar Completo.
- 2.1.1. Equipara-se ao Cônjuge, a(o) Companheira(o) do Segurado, que assim comprovar sua condição nos termos do estabelecido no item 2.9 da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais.

CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES, ITEM 2.1, SUBITEM 2.1.2 E DA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA OS RISCOS EXCLUÍDOS INDICADOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CADA UMA DAS COBERTURAS CONTRATADAS PELO SEGURADO TITULAR E ESTENDIDAS AO SEGURADO DEPENDENTE CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A).

CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 4.1. O âmbito geográfico está definido nas Condições Especiais das Coberturas contratadas pelo Segurado Titular e estendidas ao Segurado Dependente Cônjuge/Companheiro(a).

CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA

- 5.1. A CARÊNCIA ESTARÁ ESTABELECIDA NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS CONTRATADAS PELO SEGURADO TITULAR E ESTENDIDAS AO SEGURADO DEPENDENTE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO.

CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência de Evento Coberto, sendo **limitado à 100% (cem por cento)** do Capital Segurado contratado pelo Segurado Titular para a respectiva Cobertura contratada pelo Segurado Dependente, **sendo estabelecido na Apólice**.

CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO

7.1. Considera-se como data do evento, para efeito de Cobertura e determinação do Capital Segurado, a data estabelecida em cada uma das Coberturas contratadas especificadas nas Condições Especiais aos dependentes Cônjuge/Companheiro(a).

CLÁUSULA 8 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO

8.1. Anualmente, a contar da data de início de vigência da Apólice, o valor do Prêmio das Coberturas contratadas pelo Segurado Dependente será reajustado em função da mudança de idade do Segurado Dependente, quando previsto e estabelecido nas Condições Especiais de cada Cobertura.

CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA

9.1. Além das situações previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, a Cobertura de qualquer Segurado Dependente terminará obrigatoriamente:

- Pelas situações indicadas na cláusula TÉRMINO DA COBERTURA das Condições Especiais da cobertura contratada para o Segurado Titular e extensível ao Segurado Dependente;
- Quando for cancelada, por qualquer motivo, a Cobertura contratada para o Segurado Titular;
- No caso de cancelamento da respectiva cobertura;
- No caso de separação de fato ou judicial e/ou divórcio do casal;
- Com o fim da condição estabelecida no item 2.9 da CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, quando se tratar de Companheiro(a);
- No caso de cancelamento do registro, quando se tratar de Companheiro(a), e/ou pelo fim da convivência conjugal; e
- Com o pagamento da Indenização por Morte, por ocasião de Sinistro ocorrido com o Segurado Dependente Cônjuge/Companheiro(a).

CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Além dos documentos indicados no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais e os documentos solicitados na cláusula de LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS da Condição Especial da cobertura contratada pelo Segurado Titular e extensível ao Segurado Dependente Cônjuge/Companheiro(a), deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do Segurado Titular;
- Cópia da Certidão de Casamento do Segurado atualizada (emitida após o óbito); e

- c) Comprovação da união estável por ocasião do Sinistro, mediante apresentação de documento comprovando recebimento de pensão por morte concedida pela Previdência Oficial e/ou declaração de dependência econômica no imposto de renda e/ou extrato de conta bancária conjunta e/ou declaração pública de união estável e/ou outros documentos que comprovem a união estável entre Segurado Titular e o sinistrado.

10.2. As demais regras para análise e Regulação de Sinistros, bem como para o pagamento de Indenização e/ou reembolso (se caracterizado risco coberto) estão indicados na CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das Condições Gerais.

CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS

11.1. A Indenização pelas Coberturas básicas de Morte – M ou Morte Acidental – MA quando contratadas, devida por esta cláusula suplementar, será paga ao Segurado Titular.

11.1.1. Na hipótese de morte simultânea (Comoriência) do Segurado Titular e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente a Cobertura do Segurado Dependente, deverá ser pago aos seus Beneficiários legais, nos termos da legislação vigente.

11.2. Para as demais Coberturas contratadas pelo Segurado Dependente, o Beneficiário será aquele definido na Condição Especial da respectiva Cobertura.

11.3. Se durante a regulação do Sinistro ocorrer o óbito do Segurado Dependente, o valor correspondente será pago ao Segurado Titular.

CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHO(S) E/OU ENTEADO(S)

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA CLÁUSULA

- 1.1. Esta Cláusula suplementar, quando contratada pelo Segurado, mediante o pagamento de Prêmio adicional, garante a inclusão de seu(s) Filho(s) ou Enteado(s) como Segurado Dependente na Apólice, participando das mesmas Coberturas contratadas pelo Segurado, assim como dos capitais por ele definidos, nos termos da CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO, desde que o Segurado Dependente esteja em perfeitas condições de saúde e respeitando as condições estabelecidas no item 2.22 da CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, observados os Riscos Excluídos e as demais disposições contratuais.
- 1.2. As Coberturas contratadas para o dependente Filho e/ou Enteado estarão indicadas na Apólice.

CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS

- 2.1. O Segurado Dependente poderá participar nas seguintes Coberturas, desde que contratadas pelo Segurado Titular:
- a) Cobertura Básica de Morte – M;
 - b) Cobertura Básica de Morte Acidental – MA;
 - c) Cobertura Adicional de Decessos – DE somente nos planos Familiar Básico ou Familiar Completo;
 - d) Cobertura Adicional de Aquisição de Jazigo – AJ somente nos planos Familiar Básico ou Familiar Completo.
- 2.2. Para os menores de 14 (quatorze) anos, a Cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais especificadas ou cópias digitalizadas (legíveis e sem rasuras), que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:
- a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
 - b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.
- 2.3. Não haverá Cobertura com base na condição estabelecida no item acima caso tenha sido contratado o plano Familiar da Cobertura adicional de Decessos e esta for acionada em consequência da morte do dependente Filho ou Enteado.
- 2.4. A indicação do(s) Filho(s) para inclusão é de inteira responsabilidade do Segurado Titular, que, inclusive se responsabiliza pelo estado de saúde do Filho incluso no seguro.
- 2.5. Esta Cobertura é extensiva aos natimortos.

CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR, OS EVENTOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS ESTABELECIDOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CADA UMA DAS COBERTURAS CONTRATADAS PARA OS DEPENDENTES FILHO(S)/ENTEADO(S).

CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

4.1. O âmbito geográfico está definido nas Condições Especiais das Coberturas contratadas pelo Segurado Titular e estendidas ao Segurado Dependente Filho e/ou Enteado.

CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA

5.1. A CARÊNCIA ESTARÁ ESTABELECIDA NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS CONTRATADAS PELO SEGURADO TITULAR E ESTENDIDAS AO SEGURADO DEPENDENTE FILHO E/OU ENTEADO.

CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência de Evento Coberto, sendo limitado à 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado pelo Segurado Titular para a respectiva Cobertura contratada pelo Segurado Dependente, sendo estabelecido na Apólice.

CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO

7.1. Considera-se como data do evento, para efeito de Cobertura e determinação do Capital Segurado, a data estabelecida em cada uma das Coberturas contratadas especificadas nas Condições Especiais aos dependentes Filho(s)/Enteado(s).

CLÁUSULA 8 – TÉRMINO DA COBERTURA

8.1. Além das situações previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, a Cobertura de qualquer Segurado Dependente terminará obrigatoriamente:

- a) No caso de cancelamento da respectiva cláusula;
- b) Quando for cancelada, por qualquer motivo, a Cobertura contratada para o Segurado Titular;
- c) Quando os Filhos perderem a condição de dependente, prevista na definição do item 2.22 da CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais;
- d) Com o pagamento da Indenização por Morte, por ocasião de Sinistro ocorrido com o Segurado Dependente;
- e) Com a inclusão do Segurado Dependente como Segurado de outra Apólice deste mesmo plano de seguro.

CLÁUSULA 9 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Além dos documentos indicados no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais e os documentos solicitados na cláusula de LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS da Condição Especial da Cobertura contratada pelo Segurado Titular e extensível ao dependente Filho e/ou Enteado, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros ou Certidão de Nascimento, cópia do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do Segurado Titular;

- b) Notas fiscais originais ou cópias digitalizadas (legíveis e sem rasuras), comprovando as despesas com o funeral do dependente Filho e/ou enteado, caso seja ele menor de 14 (quatorze) anos; e
- c) No caso de enteado, além dos documentos listados acima, apresentar:
 - i. Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros ou Certidão de Nascimento, cópia do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do Cônjuge/Companheiro(a); e
 - ii. Cópia da Certidão de Casamento do Segurado atualizada (emitida após o óbito) ou Comprovação da união estável por ocasião do Sinistro.

9.2. As demais regras para análise e Regulação de Sinistros, bem como para o pagamento de Indenização e/ou reembolso (se caracterizado risco coberto) estão indicados na CLÁUSULA 16 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das Condições Gerais.

CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS

10.1. A Indenização pelas Coberturas básicas de Morte – M ou Morte Acidental – MA quando contratadas, devida por esta cláusula suplementar, será paga ao Segurado Titular.

10.1.1. Na hipótese de morte simultânea (Comoriência) do Segurado Titular e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente a Cobertura do Segurado Dependente, deverá ser pago aos seus Beneficiários legais, nos termos da legislação vigente.

10.2. Para as demais Coberturas contratadas pelo Segurado Dependente, o Beneficiário será aquele definido na Condição Especial da respectiva Cobertura.

10.3. Se durante a regulação do Sinistro ocorrer o óbito do Segurado Dependente, o valor correspondente será pago ao Segurado Titular.

CLÁUSULA 11 – DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.