
SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL BILHETE DE SEGURO

Condições Contratuais

Versão 2.0

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº 15414.634203/2019-28

MAPFRE Seguros Gerais S.A. – CNPJ 61.074.175/0001-38
CANAL DE ATENDIMENTO

Capitais e regiões metropolitanas: 4002 7055 (Segunda à sexta-feira das 8h às 20h e sábados das 08h às 18h, exceto feriados nacionais)

Demais regiões: 0800 775 7055 (Segunda à sexta-feira das 8h às 20h e sábados das 08h às 18h, exceto feriados nacionais)

SAC: 0800 775 7055 (Atendimento 24h)

SAC Deficientes Auditivos ou de Fala: 0800 775 5045 (Atendimento 24h)

Ouvidoria: 0800-775-1079 ou pelo site www.mapfre.com.br

Ouvidoria para Deficientes Auditivos ou de Fala: 0800 775 7911

Ouvidoria atendimento de 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h, exceto feriados. A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	11
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DO SEGURO	11
CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO.....	11
CLÁUSULA 3 – COBERTURAS DO SEGURO	15
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	17
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA.....	19
CLÁUSULA 6 – FRANQUIA	19
CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA	19
CLÁUSULA 8 – FORMA DE CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO	20
CLÁUSULA 9 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	20
CLÁUSULA 10 – PAGAMENTO DE PRÊMIO.....	21
CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO	22
CLÁUSULA 12 – CAPITAL SEGURADO	24
CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.....	24
CLÁUSULA 14 – REAJUSTE DA TAXA	25
CLÁUSULA 15 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	25
CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	25
CLÁUSULA 17 – BENEFICIÁRIOS	29
CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS.....	30
CLÁUSULA 19 – REGIME FINANCEIRO	31
CLÁUSULA 20 – PROPAGANDA E PUBLICIDADE.....	31
CLÁUSULA 21 – PRESCRIÇÃO	31
CLÁUSULA 22 – FORO.....	32
CLÁUSULA 23 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	32
CONDIÇÕES ESPECIAIS.....	33
COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M	33
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	33
CLÁUSULA 2 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	33
CLÁUSULA 3 – CARÊNCIA	33
CLÁUSULA 4 – CAPITAL SEGURADO	33
CLÁUSULA 5 – DATA DO EVENTO	33
CLÁUSULA 6 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	33
CLÁUSULA 7 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	33
CLÁUSULA 8 – BENEFICIÁRIOS	34

CLÁUSULA 9 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	34
COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA	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 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	35
CLÁUSULA 6 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	35
CLÁUSULA 7 – BENEFICIÁRIOS	36
CLÁUSULA 8 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	36
COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS – DIH-EC	37
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	37
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	37
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	38
CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	39
CLÁUSULA 5 – FRANQUIA	39
CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA	39
CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO	39
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO	40
CLÁUSULA 9 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	40
CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	40
CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	40
CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS	41
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	41
COBERTURA BÁSICA DE DECESSOS/FUNERAL COM CREMAÇÃO ESPECIAL – DC	42
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	42
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	42
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS	42
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	44
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	45
CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA	45
CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO	45
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO	45

CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	45
CLÁUSULA 10 – SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS	45
CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	46
CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS	46
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	47
COBERTURA BÁSICA DE DECESSOS/FUNERAL – DE.....	48
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	48
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	48
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS	48
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	50
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	51
CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA	51
CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO	51
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO	51
CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	51
CLÁUSULA 10 – SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS	52
CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	52
CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS	52
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	53
COBERTURA ADICIONAL DE ANTECIPAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EM FASE TERMINAL POR DOENÇA OU ACIDENTE – AIFT-DA	54
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	54
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	54
CLÁUSULA 3 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	54
CLÁUSULA 4 – CARÊNCIA	54
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO	54
CLÁUSULA 6 – DATA DO EVENTO	54
CLÁUSULA 7 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	55
CLÁUSULA 8 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	55
CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS	55
CLÁUSULA 10 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	55
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA.....	56
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	56
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	56

CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS	56
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 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	61
CLÁUSULA 9 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	62
CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	62
CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS	63
CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	63
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – MAJORADA – IPA-M	64
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	64
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	64
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS	64
CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	65
CLÁUSULA 5 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	65
CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO	65
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO	65
CLÁUSULA 8 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	65
CLÁUSULA 9 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	65
CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS	66
CLÁUSULA 11 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	66
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA.....	67
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	67
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	67
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS	67
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	68
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	68
CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO	68
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO	68
CLÁUSULA 8 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	68
CLÁUSULA 9 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	68
CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS	69
CLÁUSULA 11 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	69

COBERTURA ADICIONAL DE ACESSIBILIDADE FÍSICA EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – AF-IPA	70
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	70
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	70
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS	70
CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	70
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO	70
CLÁUSULA 6 – DATA DO EVENTO	70
CLÁUSULA 7 – TÉRMINO DA COBERTURA	70
CLÁUSULA 8 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	71
CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS	71
CLÁUSULA 10 – DISPOSIÇÕES GERAIS	71
COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE – DMHO-A	72
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	72
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	72
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS	72
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS	72
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	73
CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO	73
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO	73
CLÁUSULA 8 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	73
CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA	73
CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	73
CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS	74
CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS	74
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – DIT	75
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	75
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	75
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS	75
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS	75
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	77
CLÁUSULA 6 – FRANQUIA	77
CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA	77
CLÁUSULA 8 – CAPITAL SEGURADO	77

CLÁUSULA 9 – DATA DO EVENTO	77
CLÁUSULA 10 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	78
CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	78
CLÁUSULA 12 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	78
CLÁUSULA 13 – BENEFICIÁRIOS	78
CLÁUSULA 14 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	78
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIH-AD	79
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	79
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	79
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS	79
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	80
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	81
CLÁUSULA 6 – FRANQUIA	81
CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA	81
CLÁUSULA 8 – CAPITAL SEGURADO	81
CLÁUSULA 9 – DATA DO EVENTO	81
CLÁUSULA 10 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	81
CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	82
CLÁUSULA 12 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	82
CLÁUSULA 13 – BENEFICIÁRIOS	82
CLÁUSULA 14 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	82
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE – DIH-A.....	83
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	83
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	83
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS	83
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	84
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	85
CLÁUSULA 6 – FRANQUIA	85
CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO	85
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO	85
CLÁUSULA 9 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	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 DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI OU CTI DECORRENTE DE ACIDENTE – DIH-A-UTI/CTI	87
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	87
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	87
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS	87
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	88
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	88
CLÁUSULA 6 – FRANQUIA.....	88
CLÁUSULA 7 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	88
CLÁUSULA 8 – CAPITAL SEGURADO	88
CLÁUSULA 9 – DATA DO EVENTO	89
CLÁUSULA 10 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	89
CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	89
CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS	89
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	89
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPLEMENTAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS – DIHC-EC	90
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	90
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	90
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	90
CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	90
CLÁUSULA 5 – FRANQUIA	90
CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA	90
CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO	90
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO	91
CLÁUSULA 9 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	91
CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA	91
CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	91
CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS	92
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	92
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS DE ALTO CUSTO – DIH-EC-AC	93
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	93

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	93
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS	93
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	94
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	95
CLÁUSULA 6 – FRANQUIA	95
CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA	95
CLÁUSULA 8 – CAPITAL SEGURADO	95
CLÁUSULA 9 – DATA DO EVENTO	96
CLÁUSULA 10 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	96
CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	96
CLÁUSULA 12 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	96
CLÁUSULA 13 – BENEFICIÁRIOS	96
CLÁUSULA 14 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	96
COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO – AJ	97
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	97
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	97
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	97
CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	97
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	99
CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS	99
CLÁUSULA 11 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	99
COBERTURA ADICIONAL DE TRASLADO DE CORPO NACIONAL AMPLO – TR-N-AMPLO	100
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	100
CLÁUSULA 2 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	100
CLÁUSULA 3 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	100
CLÁUSULA 4 – CARÊNCIA	100
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO	101
CLÁUSULA 6 – DATA DO EVENTO	101
CLÁUSULA 7 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	101
CLÁUSULA 8 – SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO	101

CLÁUSULA 9 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	101
CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS	102
CLÁUSULA 11 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	102
COBERTURA ADICIONAL DE TRASLADO DE CORPO NACIONAL E INTERNACIONAL – TR-NI.....	103
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	103
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	103
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	103
CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	103
CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA	104
CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO	104
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO	104
CLÁUSULA 8 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	104
CLÁUSULA 9 – SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO	104
CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	105
CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS	105
CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	105
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)	106
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	106
CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS	106
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	106
CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	107
CLÁUSULA 5 – FRANQUIA	107
CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA	107
CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO	107
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO	107
CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DAS COBERTURAS	107
CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	108
CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS	108
CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	108
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S) FILHO(S) E/OU ENTEADO(S)	109
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA	109
CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS	109
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	110

CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	110
CLÁUSULA 5 – FRANQUIA.....	110
CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA.....	110
CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO.....	110
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO	110
CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DAS COBERTURAS	111
CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	111
CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS	111
CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	112
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE AGREGADO	113
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	113
CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS	113
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	113
CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	113
CLÁUSULA 5 – FRANQUIA	114
CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA	114
CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO	114
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO	114
CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DAS COBERTURAS	114
CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	114
CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS	115
CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	115

CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro 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 Excluídos, as hipóteses de perda de direito e as demais Condições Contratuais.**

CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO

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, a Invalidez Permanente, total ou parcial, a incapacidade temporária 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 accidental 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 DO CONCEITO DE ACIDENTES PESSOAIS:

- A) AS DOENÇAS, INCLUIDAS 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, PREDISPOTAS 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.

-
- 2.2. Aviso de Sinistro:** comunicação específica com a finalidade de dar conhecimento à Seguradora da ocorrência de evento passível de Cobertura.
- 2.3. Agravamento do Risco:** circunstâncias que aumentam, de forma significativa e continuada, a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora e devem ser informadas à Seguradora sob pena de perda do direito à garantia.
- 2.4. Bilhete de Seguro:** é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação do risco e da(s) Cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.
- 2.5. Atualização Monetária:** Aplicação de ajuste de valores de prêmio e capital segurado, com base em índice previamente estipulado.
- 2.6. Aviso de Sinistro:** comunicação que deve ser feita à Seguradora imediatamente após a ocorrência do evento passível de cobertura sob o Bilhete de Seguro, sob pena de perda do direito à indenização ou ao capital segurado.
- 2.7. Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores das indenizações, respeitada a Cobertura contratada, na hipótese de ocorrência do Sinistro.
- 2.8. Boa-fé:** Princípio fundamental do seguro que obriga as partes a atuar com honestidade, lealdade, integridade e fidelidade ao cumprimento das leis e ao contrato do seguro. O segurado se obriga a prestar informações e descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência de sinistro. A seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes.
- 2.9. Capital Segurado:** valor máximo para a Cobertura contratada, vigente na data do Evento Coberto, a ser pago pela Seguradora.
- 2.10. Carênciа:** 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.
- 2.11. 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.
- 2.12. Comoriência:** presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.
- 2.13. Cônjugue/Companheiro(a):** é a pessoa legalmente reconhecida como tal, assim como companheiro(a) é 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.
- 2.14. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação deste seguro, que englobam as Condições Gerais e as Condições Especiais.
- 2.15. Condições Especiais:** conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidades de Cobertura de

um mesmo seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

- 2.16. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas de um mesmo seguro.
- 2.17. Conjulação:** é a contratação de mais de uma cobertura securitária previstas no presente instrumento.
- 2.18. Corretor de Seguros:** é a pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro. **O Corretor de seguros responde de forma civil e regulatória pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência, no exercício da profissão.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor no site www.susep.gov.br por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 2.19. Culpa Grave:** conduta lesiva decorrente de negligência, imprudência ou imperícia do agente, cujo resultado final, embora involuntário, era previsível no momento da ação.
- 2.20. Dano Estético:** espécie de dano que se caracteriza por alteração duradoura ou permanente da aparência externa da pessoa, causando-lhe redução ou eliminação de padrão de beleza.
- 2.21. 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.
- 2.22. Doença Congênita:** é a Doença adquirida antes do nascimento ou até completar o primeiro ou o 6º (sexto) mês de vida, resultante da má formação do organismo, seja qual for a sua causa e que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor.
- 2.23. Doença Profissional:** aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional inerentes à ocupação de uma pessoa.
- 2.24. 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 declaradas pelo Segurado, 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 no Bilhete de Seguro.**
- 2.25. Domicílio do Segurado:** endereço em que o Segurado mantém sua residência habitual no Brasil.
- 2.26. Endosso:** documento emitido pela Seguradora, durante a Vigência do Seguro, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre a Seguradora e o Segurado.
- 2.27. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais e ocorrido durante a Vigência do Seguro.
- 2.28. Exame complementar:** exames diagnósticos (clínicos ou de imagem), solicitados pela seguradora, com objetivo de caracterizar corretamente se há cobertura securitária para a situação de saúde da pessoa segurada.
- 2.29. Filho:** aquele considerado dependente econômico do Segurado, desde que observadas as condições indicadas abaixo:
- i. Filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
 - ii. Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
 - iii. Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de Ensino Médio, até completar 24 (vinte e quatro) anos.

-
- 2.30. Franquia:** período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do Evento Coberto, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização.
- 2.31. Indenização:** valor a ser pago pela Seguradora quando da ocorrência de Evento Coberto, observada a dedução da Franquia e o(s) limite(s) da(s) cobertura(s) contratada(s).
- 2.32. Interrupção de prazo:** é a cessação da contagem de um prazo contratual ou legal. Quando o prazo é interrompido, ele se reinicia novamente após cessada a causa da interrupção.
- 2.33. IPCA:** Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.
- 2.34. Liquidação do sinistro:** Pagamento da indenização ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), após a finalização da regulação do sinistro e conclusão de sinistro indenizável.
- 2.35. 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.**
- 2.36. Médico Especialista:** profissional que tenha conhecimento Médico, e que esteja legalmente autorizado e devidamente certificado pelo Conselho Regional de Medicina, referente a sua especialidade.
- 2.37. Meios Remotos:** 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 a Internet (rede mundial de computadores), telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras, nos termos da regulamentação específica.
- 2.38. Nota Técnica Atuarial:** Documento, elaborado por atuários da Seguradora, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.39. Parâmetros Técnicos:** Taxas estatísticas e puras utilizadas para a precificação do seguro, assim como outras premissas que podem impactar no risco, quando for o caso, como costumes e hábitos.
- 2.40. 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.
- 2.41. 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.
- 2.42. Prêmio:** importância fixada no Bilhete de Seguro e paga à Seguradora como contraprestação pela garantia do risco e do interesse legítimo do Segurado ou Beneficiário.
- 2.43. Premoriência:** morte de uma pessoa ocorrida anteriormente à de uma outra pessoa, que lhe sobrevive.
- 2.44. Proponente:** pessoa física interessada na contratação do seguro e que formaliza a sua contratação.
- 2.45. Pro Rata Temporis:** no caso do seguro, é o método de calcular o Prêmio do seguro proporcional aos dias de vigência decorridos no seguro.

-
- 2.46. Reintegração de Capital Segurado:** é o restabelecimento do capital segurado após o pagamento de uma indenização, desde que não se trate de cobertura que preveja o cancelamento do seguro.
- 2.47. 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 quaisquer Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.
- 2.48. Regulação de Sinistro:** procedimento destinado à apuração das circunstâncias, causas e efeitos do Sinistro
- 2.49. 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 regulação 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.**
- 2.50. Risco:** evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência por provocar prejuízos.
- 2.51. Risco Excluído:** evento não coberto pelo Seguro, seja em razão de sua previsão expressa nas cláusulas de Riscos Excluídos, seja por não se enquadrar entre os riscos cobertos pelo Bilhete de Seguro.
- 2.52. Segurado:** pessoa física exposta aos riscos previstos nas coberturas contratadas.
- 2.53. 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 no Bilhete de Seguro.
- 2.54. Segurado Dependente Agregado:** será considerado o pai e a mãe do Segurado Titular e o pai e/ou mãe do seu Segurado Dependente cônjuge/companheiro(a), quando incluído no seguro, desde que não seja Segurado Titular no Bilhete de Seguro. **Não serão considerados dependentes agregados o padrasto, a madrasta, avô(s), tio(s), irmão(s) e outros parentes do Segurado Titular ou do seu cônjuge/companheiro(a), ainda que sejam seus dependentes econômicos. O limite máximo de idade para aceitação do Segurado Dependente Agregado será de 80 (oitenta) anos, na data de inclusão no seguro.**
- 2.55. Segurado Titular:** pessoa física responsável pela formalização da contratação do seguro, bem como pela sua manutenção junto à Seguradora.
- 2.56. Seguradora:** é a empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que, mediante o recebimento de Prêmio, garante interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário, contra riscos predeterminados. Para o presente seguro, é a Mapfre Seguros Gerais S.A..
- 2.57. Sinistro:** ocorrência de evento coberto previsto nas Condições Contratuais, durante o período de Vigência do Seguro.
- 2.58. Vigência do Seguro:** período de tempo fixado no Bilhete de Seguro durante o qual está em vigor o seguro.

CLÁUSULA 3 – COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1.** Este seguro permite a contratação das Coberturas listadas nesta Cláusula, respeitando as regras de conjugação indicadas e preestabelecidas pela Seguradora, conforme seus respectivos objetivos, Riscos Excluídos específicos, Capital Segurado e demais disposições determinadas nas respectivas Condições Especiais de cada

Cobertura.

3.2. As coberturas do Seguro são aquelas escolhidas pelo Proponente e discriminadas no Bilhete de Seguro.

3.3. Coberturas Básicas:

- a) Morte – M
- b) Morte Acidental – MA
- c) Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – DIH-EC
- d) Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC
- e) Decessos/Funeral – DE

3.3.1. As Coberturas básicas são de contratação obrigatória e poderão ser contratadas em conjunto ou isoladamente.

3.4. Coberturas Adicionais:

- a) Antecipação da Indenização em Fase Terminal por Doença ou Acidente – AIFT-DA
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
- c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA-M
- d) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
- e) Acessibilidade Física em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – AF-IPA
- f) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente – DMHO-A
- g) Diária de Incapacidade Temporária – DIT
- h) Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH-AD
- i) Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH-A
- j) Diária de Internação Hospitalar em UTI ou CTI decorrente de Acidente – DIH-A-UTI/CTI
- k) Diária de Internação Hospitalar Complementar por Eventos Cirúrgicos – DIHC-EC
- l) Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos de Alto Custo – DIH-EC-AC
- m) Aquisição de Jazigo – AJ
- n) Traslado de Corpo Nacional Amplo – TR-N-AMPLO
- o) Traslado de Corpo Nacional e Internacional – TR-NI

3.5. Coberturas Suplementares:

- a) Inclusão de Dependente Cônjuge ou Companheiro(a)
- b) Inclusão de Dependente(s) Filho(s) e/ou Enteado(s)
- c) Inclusão de Dependente Agregado

3.6. As Coberturas adicionais são opcionais e 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 respectivas Condições Especiais deste seguro, observado as seguintes definições:

3.6.1. As Coberturas Básicas de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC e Decessos/Funeral – DE não podem ser contratadas em conjunto.

3.6.2. A Cobertura Adicional de Antecipação da Indenização em Fase Terminal por Doença ou Acidente – AIFT-DA será contratada com a Cobertura Básica de Morte – M.

3.6.3. 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.

3.6.4. As Coberturas Adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA e Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA não podem ser contratadas em conjunto.

-
- 3.6.5. 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.
- 3.6.6. A Cobertura Adicional de Diária por Incapacidade Temporária – DIT será contratada com a Cobertura Básica de Morte – M.
- 3.6.7. As Coberturas Adicionais de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH-AD e Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH-A não podem ser contratadas em conjunto.
- 3.6.8. A Cobertura Adicional de Diária de Internação Hospitalar em UTI ou CTI decorrente de Acidente – DIH-A-UTI/CTI será contratada com a Cobertura Adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH-A.
- 3.6.9. As Coberturas Adicionais de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos de Alto Custo – DIH-EC-AC e Diária de Internação Hospitalar Complementar por Eventos Cirúrgicos – DIHC-EC serão contratadas em conjunto com a Cobertura Básica de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – DIH-EC.
- 3.6.10. A Cobertura Adicional de Aquisição de Jazigo – AJ será contratada com umas das Coberturas Básicas de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou Decessos/Funeral – DE.
- 3.6.11. As Coberturas Adicionais de Traslado de Corpo Nacional Amplo – TR-N-AMPLIO e Traslado de Corpo Nacional e Internacional – TR-NI não podem ser contratadas em conjunto.
- 3.6.12. As Coberturas Adicionais de Traslado de Corpo (Nacional Amplo ou Nacional e Internacional) serão contratadas com uma das Coberturas Básicas de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou Decessos/Funeral – DE.
- 3.7. As Coberturas previstas nestas Condições Contratuais somente terão validade quando contratadas e expressamente previstas no Bilhete de Seguro e seus respectivos Prêmios estiverem pagos à Seguradora.
- 3.8. A definição de cada uma das Coberturas mencionadas nestas Condições Gerais, seus respectivos objetivos, seus Riscos Excluídos, Capital(is) Segurado(s) e demais disposições estão determinadas nas respectivas Condições Especiais.

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 DECORRIDO DO TRABALHO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MILITARES, DE ATOS HUMANITÁRIOS, DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE ARRISCADO OU DA PRÁTICA DE ATIVIDADES ESPORTIVAS;
- C) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE

CONHECIMENTO DO SEGURADO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO;

- 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, TUFOES, TEMPESTADES OU QUAISQUER OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
- I) EPIDEMIAS E PANDEMIAS E ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO OFICIALMENTE DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, A FEBRE AFTOSA, A MALÁRIA, A DENGUE, A MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;
- 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 QUAISQUER PAGAMENTOS, MESMO EM CONSEQUÊNCIA DE EVENTO COBERTO, DECORRENTES DE DANOS MORAIS E DANOS ESTÉTICOS, E DE LUCROS CESSANTES RESULTANTES DA PARALISAÇÃO, TEMPORÁRIA OU DEFINITIVA, DAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS DO SEGURADO EM VIRTUDE DA OCORRÊNCIA DE QUALQUER RISCO COBERTO E INDENIZÁVEL;
- P) DE ATIVIDADES 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) PARTICIPAR ILEGALMENTE EM CORRIDAS AUTOMOBILÍSTICAS, A CAVALO OU DE BICICLETA, BEM COMO TESTES OU COMPETIÇÕES DE VELOCIDADE, SEGURANÇA OU RESISTÊNCIA;
 - 3) 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;
 - 4) VIAJAR EM AERONAVES NÃO PERTENCENTES A COMPANHIAS AÉREAS COMERCIAIS AUTORIZADOS A TRANSPORTAR PASSAGEIROS COM ITINERÁRIOS FIXOS, QUER COMO UM PASSAGEIRO, TRIPULAÇÃO OU MECÂNICO.

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;
- B) DE DOENÇA COMUMENTE CHAMADA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE, POR ACIDENTE, EXCETO AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO VISÍVEL CAUSADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;
- C) 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;
- D) DE ERROS MÉDICOS;
- E) DE PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM COMPETIÇÕESILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS; E
- F) 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 NO BILHETE 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 E/OU EM RELAÇÃO AO VALOR DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO OU DA COBERTURA INCLUÍDA, EM CASO DE ALTERAÇÃO DA SUA VIGÊNCIA NO CONTRATO.

7.2.1 O PRAZO DE CARÊNCIA PARA O AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO OU DA COBERTURA INCLUÍDA, EM CASO DE ALTERAÇÃO DA VIGÊNCIA NO CONTRATO, INCIDIRÁ SOMENTE NA PARTE EM QUE SE REFERE ESTE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO E/OU COBERTURA ACRESCIDA, SEM INTERFERÊNCIA NO PRAZO DE CARÊNCIA RELATIVO AO CAPITAL CONTRATADO DE FORMA PRÉVIA A ESTE AUMENTO OU INCLUSÃO DE COBERTURA.

7.3. NÃO HÁ PRAZO DE CARÊNCIA QUANDO OCORRER A RENOVAÇÃO DO SEGURO E EM 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 E NO BILHETE DE SEGURO.

CLÁUSULA 8 – FORMA DE CONTRATAÇÃO E 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 condições normais de saúde, **tenha idade compreendida entre 14 (quatorze) anos e 65 (sessenta e cinco) anos completos e atendam aos demais critérios de aceitação estabelecidos pela Seguradora.**

8.3. A contratação do seguro será feita mediante solicitação verbal do interessado, seguida da emissão do Bilhete de Seguro.

8.3.1. Admite-se a contratação com a utilização de Meios Remotos.

8.4. A contratação do seguro prova-se com a exibição do Bilhete de Seguro e, na falta dele, por documento comprobatório do pagamento do respectivo Prêmio.

8.5. A confirmação de quitação do 1º (primeiro) pagamento enviada pela Seguradora, através de Meios Remotos, também servirá como prova da contratação do seguro.

8.6. É vedada a contratação ou alteração do seguro por meio de procuração.

CLÁUSULA 9 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

9.1. Os Bilhetes de Seguro e Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicados.

9.2. A vigência das Coberturas oferecidas neste plano de seguro iniciar-se-á sempre a partir das 24 (vinte e quatro) horas das respectivas datas de início e de término expressas no Bilhete de Seguro.

9.3. O prazo de vigência do Bilhete de Seguro será de 5 (cinco) anos, podendo ser renovado automaticamente uma única vez, por igual período, salvo se a Seguradora ou o Segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias antes do término da vigência do Bilhete de Seguro, comunicar o desinteresse na renovação.

9.3.1. O Segurado poderá recusar o novo contrato a qualquer tempo antes do início de sua vigência, comunicando-o à Seguradora ou simplesmente deixando de efetuar o pagamento da única ou da primeira parcela do prêmio.

-
- 9.4.** As renovações posteriores à primeira, deverão ser formalizadas de forma expressa entre as partes, nos termos da CLÁUSULA 8 – FORMA DE CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO.
- 9.5.** Cada alteração ou renovação, implicará na emissão e envio do respectivo Endosso ou Bilhete de Seguro, quando for o caso, pela Seguradora.
- 9.6. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar o seguro, sem devolução dos Prêmios pagos observando-se o seguinte:**
- 9.6.1.** Em nenhuma das hipóteses acima será devida a devolução dos Prêmios pagos durante a vigência do Bilhete.

CLÁUSULA 10 – PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 10.1.** O Prêmio deste Seguro é periódico e seu valor 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 no Bilhete de Seguro.
- 10.2.** Para garantir seu direito à Cobertura, o Segurado deverá efetuar o pagamento do Prêmio do seguro, respeitada a forma e periodicidade escolhida no Bilhete de Seguro, até a data de seu vencimento. Cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.
- 10.3.** O Segurado poderá optar entre a forma de pagamento por débito em conta corrente ou por débito em cartão de crédito, devendo constar no Bilhete de Seguro 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 no Bilhete de Seguro.
- 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.
- 10.4.** A suspensão da autorização do débito em conta ou em fatura de cartão de crédito poderá gerar a inadimplência do Segurado, sendo aplicado o disposto na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO.
- 10.5.** A periodicidade de pagamento do Prêmio, que constará no Bilhete de Seguro, poderá ser mensal ou anual, sendo que este último poderá ser em parcela única “à vista” ou parcelado.
- 10.6.** Durante a vigência do Bilhete de Seguro, 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. A FALTA DE O PAGAMENTO DA PARCELA ÚNICA OU DA PRIMEIRA PARCELA DO PRÊMIO, ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, RESOLVE AUTOMATICAMENTE E DE PLENO DIREITO O CONTRATO DE SEGURO, INDEPENDENTEMENTE DE QUALQUER INTERPELAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL.**
- 10.9. A FALTA DE PAGAMENTO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA NO PRAZO DEVIDO ACARRETARÁ A COBRANÇA DO PRÊMIO VENCIDO ACRESCIDO DE MULTA DE 2%**

E JUROS DE MORA CONFORME PREVISTO NA CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, SENDO APLICADO AINDA O DISPOSTO na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO E NA CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS.

10.10. 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 DO SEGURO

11.1. Quando o prêmio de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira não for pago até a data do seu vencimento, as Coberturas do Seguro permanecerão vigentes pelo prazo de tolerância de 60 (sessenta) dias.

11.1.1. Durante o prazo de tolerância estarão cobertos os sinistros ocorridos, mas o pagamento da indenização ficará condicionado ao recebimento do(s) prêmio(s) devido(s), podendo a Seguradora abater o(s) respectivos(s) valor(es) devido(s) da indenização. Serão aplicados no(s) prêmio(s) devido(s) os encargos previstos na CLÁUSULA 13 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.

11.2. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA O SEGURADO SERÁ NOTIFICADO PARA PAGAR A(S) PARCELAS EM ATRASO COM OS ENCARGOS DEVIDOS, SENDO ADVERTIDO QUE O NÃO PAGAMENTO ATÉ O PRAZO INDICADO ACARRETARÁ O CANCELAMENTO DO SEGURO.

11.3. APÓS A NOTIFICAÇÃO E ENCERRADO O PRAZO DE TOLERÂNCIA, SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO, O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO.

11.4. O SEGURO PODERÁ SER RESCINDIDO A QUALQUER TEMPO, DESDE QUE COM A CONCORDÂNCIA RECÍPROCA DAS PARTES CONTRATANTES. A SEGURADORA RETERÁ, ALÉM DOS EMOLUMENTOS, O PRÊMIO RECEBIDO DE FORMA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO DA VIGÊNCIA.

11.5. O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO, SEM QUALQUER RESTITUIÇÃO DE PRÊMIO E EMOLUMENTOS:

11.5.1. QUANDO HOUVER FRAUDE OU TENTATIVA DE FRAUDE COMPROVADAMENTE PRATICADA PELO SEGURADO, SEU REPRESENTANTE LEGAL OU BENEFICIÁRIO NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO OU DURANTE A SUA VIGÊNCIA, OU AINDA, PARA OBTENÇÃO OU PARA MAJORAÇÃO DA INDENIZAÇÃO;

11.5.2. NA OCORRÊNCIA DE QUAISQUER DAS SITUAÇÕES PREVISTAS NA CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS, SALVO NOS CASOS EM QUE NÃO HAJA MÁ-FÉ E QUE A SEGURADORA OPTE PELA CONTINUIDADE DO SEGURO;

11.5.3. PELA INOBSERVÂNCIA DAS OBRIGAÇÕES CONVENCIONADAS NA CLÁUSULA 15 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO, INCLUSIVE QUANTO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO;

11.5.4. NO FINAL DO PRAZO DE VIGÊNCIA DO BILHETE, SE ESTE NÃO FOR RENOVADO;

11.5.5. COM O PAGAMENTO TOTAL DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, QUANDO A COBERTURA INDENIZADA PREVER, EM SUAS CONDIÇÕES ESPECIAIS, A EXTINÇÃO DO

BILHETE CONTRATADO; e

11.5.6. COM O FALECIMENTO DO SEGURADO TITULAR.

CLÁUSULA 12 – CAPITAL SEGURADO

- 12.1. O Capital Segurado contratado para cada uma das Coberturas corresponderá ao valor máximo de Indenização estabelecido no Bilhete de Seguro devida na ocorrência do Evento Coberto, **respeitadas as Condições Contratuais e os limites estabelecidos para cada Cobertura contratada.**
- 12.2. O Segurado, a qualquer tempo, poderá solicitar à Seguradora a emissão de Endosso para alteração dos Capitais Segurados estabelecidos no Bilhete de Seguro, ficando à critério da Seguradora sua aceitação mediante o pagamento de Prêmio adicional, se o caso.
- 12.3. Quando previsto nas respectivas Condições Especiais da Cobertura contratada, haverá reintegração do Capital Segurado, de forma automática, após cada Sinistro, sem cobrança de Prêmio adicional.
- 12.4. 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 será devida para as seguintes situações:
 - 13.2.1. Os Capitais Segurados de todas as Coberturas contratadas e seus respectivos Prêmios serão atualizados monetariamente anualmente, na data de aniversário da contratação do Bilhete de Seguro, 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 Seguradora;
 - 13.2.2.2. **No Caso de Recebimento Indevido de Prêmio:** a partir da data de recebimento do respectivo Prêmio.
 - 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 na Cláusula 13.2, aplicar-se-ão nas situações previstas nas Cláusulas 13.2.2 e 13.2.3, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados “Pro Rata Temporis” a partir do primeiro dia útil posterior a data definida para cada previsão até a data do seu efetivo pagamento.
- 13.4. Além da atualização monetária e dos juros de mora previstos nas Cláusula 13.2 e 13.3, aplicar-se-á na situação prevista na Cláusula 13.2.4 multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente.
- 13.5. 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 – REAJUSTE DA TAXA

- 14.1. **Independentemente da atualização prevista na CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, anualmente no aniversário do Bilhete de Seguro, o valor do Prêmio poderá ser reajustado para as Coberturas indicadas abaixo. QUANDO APLICADO O REAJUSTE, O PERCENTUAL E AS COBERTURAS SERÃO INFORMADOS NO BILHETE DE SEGURO.**

- a) Cobertura básica de Morte – M
- b) Cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – DIH-EC
- c) Cobertura básica de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC
- d) Cobertura básica de Decessos/Funeral – DE
- e) Cobertura adicional de Antecipação da Indenização em Fase Terminal por Doença ou Acidente – AIFT-DA
- f) Cobertura adicional de Diária de Incapacidade Temporária – DIT
- g) Cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH-AD
- h) Cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar Complementar por Eventos Cirúrgicos – DIHC-EC
- i) Cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos de Alto Custo – DIH-EC-AC
- j) Cobertura adicional de Aquisição de Jazigo – AJ
- k) Cobertura adicional de Traslado de Corpo Nacional Amplo – TR-N-AMPLO
- l) Cobertura adicional de Traslado de Corpo Nacional e Internacional – TR-NI
- m) Cobertura suplementar de Inclusão de Dependente Cônjuge ou Companheiro(a)
- n) Cobertura suplementar de Inclusão de Dependente(s) Filho(s) e/ou Enteado(s)
- o) Cobertura suplementar de Inclusão de Dependente Agregado

CLÁUSULA 15 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

- 15.1. **Sob pena de perder o direito a qualquer indenização, nos termos da CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS, o Segurado, por si ou por seu representante legal, obriga-se a:**

- 15.1.1 Prestar à Seguradora todas as informações necessárias à Aceitação do Risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o questionário que lhe submeta a Seguradora;
- 15.1.2 Comunicar à Seguradora todo fato ou incidente suscetível de gerar relevante agravamento do risco coberto tão logo dele tome conhecimento;
- 15.1.3 Dar imediato aviso à Seguradora, por escrito, de todo e qualquer Sinistro, bem como de qualquer

evento que possa vir a se caracterizar como tal, nos termos destas Condições Contratuais, tão logo dele tome conhecimento, através dos canais disponibilizados pela Seguradora e indicados no Bilhete de seguro;

- 15.1.4 Instruir o aviso de sinistro com todos os documentos comprobatórios, conforme Cobertura(s) acionada(s), bem como toda e qualquer informação relevante para o entendimento e regulação do sinistro pela Seguradora;
- 15.1.5 Dar assistência à Seguradora e cooperar com a Regulação do Sinistro, fornecendo todas as informações e documentos solicitados, bem como autorizar a realização das diligências necessárias para apuração do sinistro.

CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

16.1. REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 16.1.1. Ocorrendo um Sinistro, o Segurado, o Beneficiário ou seu representante legal de um ou de outro deverá comunicar imediatamente à Seguradora, por meio da Central de Atendimento da Seguradora, fornecendo juntamente com o Aviso de Sinistro, todas as informações disponíveis sobre sua causa e consequências e documentação básica prevista na Cláusula 16.2. e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s)
- 16.1.2. Caso a documentação apresentada seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, que faça referência a outros documentos e fatos não disponibilizados, a Seguradora informará ao Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a lista de documentos faltantes e necessários à Regulação do Sinistro.
- 16.1.3. Uma vez cumprida pelo Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a obrigação de fornecer todos os documentos e informações previstas na Cláusula 16.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s), a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias, conforme previsto nas Condições Especiais da Apólice, para concluir a Regulação do Sinistro e se manifestar sobre a existência de cobertura securitária, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.
- 16.1.4. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o regulador de Sinistro poderão solicitar outras informações e/ou documentos complementares, além daqueles elencados como documentação básica prevista na Cláusula 16.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).
 - 16.1.4.1. Neste caso, a contagem do prazo para a manifestação sobre a cobertura será suspensa e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
 - 16.1.4.2. Nos sinistros em que a importância segurada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, a contagem do prazo poderá ser suspensa por apenas 1 (uma) única vez. Para os demais casos, a suspensão poderá ocorrer por no máximo 2 (duas) vezes.
 - 16.1.4.3. A não entrega dos documentos básicos previstos na Cláusula 16.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e/ou complementares solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará o encerramento da Regulação do Sinistro sem pagamento de Indenização. Nessa hipótese, a Regulação do Sinistro poderá ser retomada a qualquer tempo, desde que apresentados os documentos necessários, observado o prazo

prescricional previsto em lei.

16.1.5. A Seguradora poderá exigir atestados, certidões de autoridades competentes ou cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.

16.1.6. Correrão por conta da Seguradora as despesas com a Regulação do Sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos básicos previstos na Cláusula 16.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e dos documentos complementares porventura solicitados.

16.1.7. Os atos e providências praticados pela Seguradora na execução dos procedimentos de Regulação e liquidação do Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento de cobertura securitária.

16.1.8. Encerrada a Regulação do Sinistro, caso a Seguradora conclua que não há cobertura securitária para o Sinistro, o Segurado ou Beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias.

16.1.8.1. A Seguradora poderá apresentar fundamentos adicionais para a negativa da cobertura, caso venha a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia ou caso a negativa seja baseada na ausência ou insuficiência de documentos.

16.1. A Regulação e a Liquidação do Sinistro poderão ser realizadas simultaneamente quando possível.

16.2. DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA A REGULAÇÃO DE SINISTROS

16.2.1. Para a análise e regulação do Sinistro deverão ser apresentados os documentos básicos relacionados abaixo:

16.2.1.1. Documentação para qualquer evento:

- a) 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;
- b) 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) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado por cada um do(s) Beneficiário(s) individualmente; e
- d) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica assinado pelo(s) Beneficiário(s), se cabível.

16.2.1.2 Em adição aos documentos descritos na Cláusula 16.2.1.1, exige-se a seguinte documentação 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.
- e) Cópias do laudo de exame do Instituto Médico Legal, em caso de acidente automobilístico e o Segurado for o condutor.

16.2.1.3 Além dos documentos descritos nas Cláusulas 16.2.1.1 e 16.2.1.2, o(s) **Beneficiário(s)**

indicado(s) pelo Segurado, deverão apresentar **também** os seguintes documentos:

- a) Cópias de RG(s) ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF 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;
- 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.

16.2.2. Na falta de Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado, o(s) Beneficiário(s) legal(is), além dos documentos descritos nas Cláusulas 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.).

16.2.3. Adicionalmente aos documentos previstos nesta Cláusula, para análise e regulação do Sinistro é imprescindível a apresentação dos documentos relacionados na cláusula de REGULAÇÃO DE SINISTROS das Condições Especiais de cada uma das Coberturas contratadas.

16.2.4. Os menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos/representados por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.

16.3. 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.

16.3.1. 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.

16.3.2. A junta médica será constituída por 03 (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.

16.2.6.1 Havendo divergência sobre a escolha do Médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

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

16.3.4. O NÃO COMPARCIMENTO 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.

16.3.5. 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.

16.3.6. A perícia será efetuada por Médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.

16.3.7. 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.

16.4. 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.

16.4.1. 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.

16.4.2. O resarcimento 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.

16.4.3. O valor a ser indenizado ou reembolsado, no caso de reembolso de despesas, será igual ao valor do Capital Segurado vigente na data do evento, conforme descrito nas Condições Especiais das Coberturas.

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

16.5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

16.5.1. Confirmada a existência de cobertura securitária para o Sinistro, a Seguradora pagará o Capital Segurado para a cobertura contratada, deduzida a Franquia estipulada no Bilhete de Seguro, se existente.

16.3.1.1. Em caso de Sinistro amparado por mais de uma cobertura, será deduzida a Franquia correspondente a cada cobertura individualmente, quando houver.

16.3.1.2. O Segurado ou Beneficiário deverá apresentar à Seguradora, na forma do disposto na Cláusula 15 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO, todos os documentos previstos na Cláusula 16.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

16.3.1.3. Caso a documentação apresentada seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, faça referência a outros fatos ou documentos não disponibilizados, a Seguradora informará ao Segurado ou Beneficiário a lista de documentos faltantes e necessários à regulação do Sinistro.

16.3.1.4. Uma vez cumprida a obrigação de fornecer todos os documentos e informações solicitadas, realizada a regulação e reconhecida a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento do capital segurado da(s) cobertura(s) acionada(s) no prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.

16.3.1.4.1. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o liquidante do Sinistro poderão solicitar outros documentos e/ou informações complementares.

16.3.1.4.2. Neste caso, a contagem do prazo aplicável será suspensa 1 (uma) única vez, e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

16.3.2. Se, após o pagamento do capital segurado, a Seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descaracterize o direito do Segurado ou do Beneficiário ao seu recebimento, esta poderá requerer a devolução dos valores pagos indevidamente e dos demais gastos incorridos em decorrência do Sinistro.

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 de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do segurado.

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

17.2. Considera-se ineficaz a indicação quando o Beneficiário falacer antes da ocorrência do sinistro ou se ocorrer comoriência. Em caso de falecimento do único Beneficiário(a) indicado 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 Cláusula 17.1.1.

17.3. Em caso de falecimento de um dos Beneficiários indicados 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 das Cláusulas 17.2 e 17.3, considerando que o Beneficiário comoriente não adquire qualquer direito ao Capital Segurado.

17.5. Se não houver Beneficiários indicados ou legais, o valor será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência.

17.6. EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO DOLOSAEMENTE 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.

17.7. É LIVRE A INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S) DO SEGURO.

17.8. SE O SEGURADO NÃO RENUNCIAR À FACULDADE, PODERÁ, A QUALQUER TEMPO DURANTE A VIGÊNCIA DO BILHETE DE SEGURO, SUBSTITUIR O(S) BENEFICIÁRIO(S) ANTERIORMENTE INDICADO(S), MEDIANTE SOLICITAÇÃO EXPRESSA À SEGURADORA, OBSERVADAS AS RESTRIÇÕES LEGAIS.

17.8.1. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO TERÁ VALIDADE AS 24H (VINTE E QUATRO HORAS) DA DATA DE DE PROTOCOLO NA SEGURADORA, DA SOLICITAÇÃO DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO.

17.8.2. A SEGURADORA NÃO CIENTIFICADA DA SUBSTITUIÇÃO ESTARÁ DESOBRIGADA PAGANDO AO ANTIGO BENEFICIÁRIO

17.8.3. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, A SEGURADORA APlicará A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME A INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DO EVENTO COBERTO.

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

17.10. CASO NÃO SEJA IDENTIFICADO BENEFICIÁRIO OU DEPENDENTE DO SEGURADO PARA SUBSISTÊNCIA NO PRAZO PRESCRICIAL DA RESPECTIVA PRETENSÃO, O CAPITAL SEGURADO SERÁ TIDO POR ABANDONADO, NOS TERMOS DO INCISO III DO CAPUT DO ART. 1.275 DA LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002 (CÓDIGO CIVIL), E SERÁ APORTADO NO FUNDO NACIONAL PARA CALAMIDADES PÚBLICAS, PROTEÇÃO E DEFESA CIVIL (FUNCAP).

CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS

18.1. Além dos casos previstos em lei, no Bilhete e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) contratada(s), o Segurado ou Beneficiário perderá o direito a qualquer indenização, bem como terá o seguro cancelado, obrigando-se ao pagamento do Prêmio vencido e das despesas efetuadas pela Seguradora, se:

18.1.1. O Segurado, por si ou seu representante, agravar(em) intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro.

18.1.1.1. Será relevante o agravamento que resulte no aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco coberto ou da severidade dos efeitos de realização deste risco.

18.1.2. O Segurado, por si ou seu representante, que, dolosamente ou culposamente, deixar de comunicar o relevante agravamento de risco à Seguradora tão logo dele tome conhecimento, fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada.

18.1.2.1. Ciente do agravamento, a Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, manifestar-se nos termos da regulamentação em vigor.

18.1.3. O Segurado, por si ou seu representante, deixar de fornecer as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação do prêmio, conforme questionário que lhe submeta a Seguradora.

18.1.3.1. Se o descumprimento for doloso, perderá a garantia, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio e das despesas efetuadas pela Seguradora.

18.1.3.2. Se o descumprimento for culposo, a Seguradora, esta poderá, diante dos fatos não revelados:

18.1.3.2.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

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

- a) caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado acrescido da diferença cabível; ou
- b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

18.1.3.2.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado: após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

18.2. Além das hipóteses de perda de direitos acima mencionadas nesta Cláusula, o Segurado e/ou Beneficiário também perderá(ão) o direito a qualquer indenização se:

18.2.1.1. Deixar de cumprir qualquer obrigação convencionada na Apólice, nas Condições Gerais e/ou Especiais deste seguro;

18.2.1.2. O sinistro decorrer de atos ilícitos dolosos ou de culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante de um ou de outro.

18.2.1.3. Por qualquer meio, procurar obter, mediante tentativa de fraude ou fraude consumada, benefícios indevidos, tanto na contratação do seguro, quanto durante a sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização.

CLÁUSULA 19 – REGIME FINANCEIRO

19.1. Este Seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples e, portanto, não permite devolução

ou resgate de quaisquer Prêmios pagos, uma vez que cada Prêmio é destinado a custear o Risco de pagamento das indenizações no período de Cobertura.

- 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, não existindo a 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 Gerais, Condições Especiais e a Nota Técnica Atuarial submetidos à SUSEP.

CLÁUSULA 21 – PRESCRIÇÃO

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

CLÁUSULA 22 – FORO

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

CLÁUSULA 23 – DISPOSIÇÕES GERAIS

- 23.1. O REGISTRO DESTE PRODUTO É AUTOMÁTICO E NÃO REPRESENTA APROVAÇÃO OU RECOMENDAÇÃO POR PARTE DA SUSEP.**

- 23.2. O SEGURADO PODERÁ CONSULTAR A SITUAÇÃO CADASTRAL DE SEU CORRETOR DE SEGUROS, NO SÍTIO ELETRÔNICO WWW.SUSEP.GOV.BR.**

- 23.3. QUALQUER ALTERAÇÃO NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS EM VIGOR DEVERÁ SER REALIZADA POR ENDOSSO AO BILHETE DE SEGURO, SOLICITADO PELO SEGURADO, SEU REPRESENTANTE OU POR SEU CORRETOR DE SEGUROS.**

- 23.4. 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 NO BILHETE DE SEGURO.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, se contratada, garante o pagamento de Indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado contratado em caso de falecimento do Segurado por qualquer causa, ocorrido durante a Vigência do Seguro, **observados os Riscos expressamente Excluídos, o período de Carência e as demais disposições contratuais.**

CLÁUSULA 2 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

CLÁUSULA 3 – CARÊNCIA

3.1. O PERÍODO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA, PARA OS EVENTOS DECORRENTES DE DOENÇAS, SERÁ DE 90 (NOVENTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BILHETE DE SEGURO, CONFORME INDICADO NO BILHETE DE SEGURO.

3.2. Ocorrendo o Sinistro durante o prazo de carência, o valor do prêmio pago será entregue pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), deduzidos os impostos incidentes.

CLÁUSULA 4 – CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Evento Coberto, **respeitando o limite estabelecido no Bilhete de Seguro.**

4.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura referente ao Segurado Titular cancelará automaticamente o Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 5 – DATA DO EVENTO

5.1. 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 data do Acidente Pessoal em caso de morte accidental.

CLÁUSULA 6 – TÉRMINO DA COBERTURA

6.1. 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 7 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E 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 da Certidão de óbito do Segurado que sofreu o Sinistro;
- b) Relatório Médico carimbado e assinado pelo Médico Assistente, contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do Segurado; e
- c) Exames Médicos realizados que comprovem o diagnóstico firmado e indicado no Relatório Médico apresentado.

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

- 7.1.1.1. Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
- 7.1.1.2. Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente; e
- 7.1.1.3. 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).

7.1.2. 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 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 8 – BENEFICIÁRIOS

8.1. Para efeito desta Cobertura, o(s) Beneficiário(s) será(ão) o(s) indicado(s) no Bilhete de Seguro pelo Segurado, observado o disposto na CLÁUSULA 17 – BENEFICIÁRIOS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 9 – DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. 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 de Indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado contratado, 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 no Bilhete de Seguro.**

3.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura referente ao Segurado Titular cancelará automaticamente o Bilhete 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 do Acidente Pessoal do Segurado.

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:

- a) Com o falecimento do Segurado Titular e pagamento do Capital Segurado desta 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 6 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E 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 da Certidão de óbito do Segurado que sofreu o Sinistro;
- b) 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 – REGULAÇÃO E 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) no Bilhete de Seguro pelo Segurado, observado o disposto na CLÁUSULA 17 – BENEFICIÁRIOS das Condições Gerais.

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 BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS – DIH-EC

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, garante o pagamento do Capital Segurado contratado, ao próprio Segurado, proporcional ao período de **Internação Hospitalar** para realização de Cirurgia indicada pelo Médico cirurgião, **em decorrência de Doença ou Acidente Pessoal coberto**, ocorridos durante o período de Vigência do Seguro, limitado ao número máximo de diárias contratadas e estabelecido no Bilhete de Seguro, **observados os Riscos expressamente Excluídos, os períodos de Carência e Franquia e as demais disposições contratuais**.
- 1.2. Para essa Cobertura, o número máximo de Eventos Cobertos será limitado em 2 (duas) internações Hospitalares a cada 12 (doze) meses durante a Vigência do Seguro, contados a partir da data de início de vigência do Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais, também se aplicam à presente Cobertura, as seguintes definições:
 - 2.1.1. **Cirurgia:** procedimento Médico realizado no Segurado para fins terapêuticos, por um Cirurgião Habilidado, por meio de uma incisão ou videocirurgia, em Hospital, com uso de anestesias geral, peridural ou outra necessária para a realização do procedimento. **Para efeito destas Condições Gerais, o procedimento Médico deverá cumprir, obrigatoriamente, as seguintes exigências:**
 - a) Ser realizado em um centro cirúrgico;
 - b) O Segurado deverá permanecer Hospitalizado por, no mínimo, 48 (quarenta e oito) horas, contados do momento da internação; e
 - c) Ser indicado por Médico cirurgião para o tratamento de Doença ou lesão decorrente de Acidente Pessoal coberto ocorrido em até 90 (noventa) dias anteriores a data do procedimento.
 - 2.1.2. **Cirurgião Habilidado:** profissional Médico com especialidade em Cirurgia geral, devidamente certificado pelo Conselho Regional de Medicina em sua especialidade.
 - 2.1.3. **Diária de Internação Hospitalar:** período, em dias, em estado de Internação Hospitalar motivada por Doença ou Acidente Pessoal coberto que, por sua gravidade ou complexidade, exija Tratamento Clínico ou Cirúrgico, indicado por profissional Médico habilitado.
 - 2.1.4. **Hospitalização:** corresponde à estadia contínua e **superior a 48 (quarenta e oito) horas**, em um Hospital, desde que a referida estadia a mesma seja comprovada e justificada, por meio de Cirurgia coberta e realizada, a partir do momento em que o Segurado ingressar como paciente na entidade médica em questão.
 - 2.1.5. **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 ou Doença, conforme coberturas contratadas, que não possa ser realizado em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.
 - 2.1.6. **Tratamento Cirúrgico:** atos cirúrgicos realizados no Segurado durante a Internação Hospitalar, decorrentes de Eventos Cobertos.

2.1.7. Tratamento Clínico: conjunto de ações de promoção, prevenção ou recuperação da saúde do Segurado para enfermidades, acidentes ou lesões decorrentes de Eventos Cobertos, que exigem Internações Hospitalares, sem, contudo, implicar em algum Tratamento Cirúrgico.

CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, SUBITEM 2.1.2 E DA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, AS CIRURGIAS RELACIONADAS OU REALIZADAS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE:

- A) PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES CEREBRAIS;
- B) VÁLVULAS CARDÍACAS;
- C) CIRURGIA DE BOLHAS SUBPLEURAIS;
- D) COLECISTITE AGUDA, COLECISTOPATIA CRÔNICA CALCULOSA, CÁLCULOS BILIARES, CÁLCULOS DA VESÍCULA BILIAR E COLELITÍASE;
- E) CIRURGIA PARA OBESIDADE DE QUALQUER TIPO;
- F) HEMORROIDAS, FISSURAS ANAIS E PROLAPSO RETAL;
- G) DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS;
- H) QUALQUER HÉRNIA DA PAREDE ABDOMINAL, HÉRNIA UMBILICAL E HÉRNIA INGUINAL, EXCETO QUANDO DECORENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
- I) TUMORES HISTOLOGICAMENTE DESCritos COMO BENIGNO, PRÉ-MALIGNO, POTENCIALMENTE MALIGNO, BAIXA MALIGNIDADE OU NÃO INVASIVO;
- J) QUALQUER LESÃO DESCrita COMO CARCINOMA “IN SITU” (TUMOR TIS PELA CLASSIFICAÇÃO TNM VIGENTE);
- K) NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC1, NIC2 E NIC3);
- L) QUALQUER TIPO DE MIOMA, SANGRAMENTO UTERINO DISFUNCIONAL, PROLAPSO UTERINO;
- M) QUALQUER TIPO DE TUMOR BENIGNO OU NÓDULOS NAS MAMAS;
- N) AMÍGDALAS;
- O) ADENÓIDE;
- P) HÉRNias DE DISCO E CIRURGIAS DA COLUNA VERTEBRAL, EXCETO QUANDO DECORENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
- Q) PROLAPSO DA BEXIGA (CISTOCELE) E PROLAPSO DO RETO (RETOCELE);
- R) HIDROCELE, VARICOCELE E ESPERMATOCELE;
- S) HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA;
- T) CÁLCULOS URINÁRIOS, NOS RINS, URETERES, URETRA OU BEXIGA;
- U) TIROIDECTOMIA POR BÓCIO OU NÓDULO TIREOIDIANO;
- V) INTERNAÇÃO PARA REALIZAR BIÓPSIAS QUE EXIJA PERÍODO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR INFERIOR AO MÍNIMO DE 48H;
- W) QUALQUER TIPO DE CIRURGIA OU PROCEDIMENTOS RELACIONADOS A TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, EXCETO OS DE CORAÇÃO, FÍGADO, PULMÃO, PÂNCREAS E MEDULA ÓSSEA, QUE PERFAZEM OS ÓRGÃOS COM COBERTURA DE TRANSPLANTE;
- X) DOENÇAS CONGÊNITAS;
- Y) CESARIANA, PARTO E/OU CURETAGEM, EXCETO QUANDO DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
- Z) DISFUNÇÃO SEXUAL, CONTROLE DE NATALIDADE, FERTILIDADE, ESTERILIDADE, MUDANÇA DE SEXO, INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL, DOENÇA VENÉREA OU DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – DST, BEM COMO SUAS CONSEQUÊNCIAS;
- AA) SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – AIDS E/OU CAUSADA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA – HIV;

-
- BB) QUAISQUER INTERVENÇÕES ESTÉTICAS OU COSMÉTICAS;
 - CC) CIRURGIAS PLÁSTICAS RECONSTRUTIVAS E/OU REPARADORAS, EXCETO AQUELAS RESULTANTES DE UM ACIDENTE OCORRIDO DURANTE A VIGÊNCIA DO SEGURO;
 - DD) INTERVENÇÕES DENTÁRIAS, ALVEOLAR OU GENGIVAL OU EXTRAÇÃO DENTÁRIA;
 - EE) CALVÍCIE;
 - FF) DIÁLISE OU INSUFICIÊNCIA RENAL;
 - GG) MIOPIA, ASTIGMATISMO, PRESBIOPIA, HIPERMETROPIA OU CATARATA;
 - HH) NARIZ E/OU SEIOS NASAIS, DESVIO DE SEPTO, SINUSITE;
 - II) CIRURGIAS DE ARTROSE DE QUALQUER ARTICULAÇÃO;
 - JJ) ATENDIMENTOS OU QUAISQUER CIRURGIAS AMBULATORIAIS; E
 - KK) PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS OU QUE NÃO ESTÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA, E OS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA.

3.2. ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDAS DESTA COBERTURA AS DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO NÃO NECESSÁRIAS PARA O EFETIVO TRATAMENTO MÉDICO, TAIS COMO, MAS NÃO SE LIMITANDO A, ESPERA PARA A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA; DISPONIBILIDADE PARA EXAMES DE DIAGNOSE; REPOUSO; INTERNAÇÃO COM A FINALIDADE EXCLUSIVA DE REALIZAÇÃO DE EXAMES DE QUALQUER NATUREZA PARA FINS DE AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE, INCLUSIVE CHECK-UP; INTERNAÇÃO PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS.

CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

4.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional.

CLÁUSULA 5 – FRANQUIA

5.1. O PERÍODO DE FRANQUIA PARA ESTA COBERTURA SERÁ DE 2 (DOIS) DIAS, CONTADOS A PARTIR DA DATA INICIAL DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DO SEGURADO. DESTA FORMA, INICIA-SE A COBERTURA A PARTIR DA 3^a (TERCEIRA) DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA

6.1. O PERÍODO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA, PARA OS EVENTOS DECORRENTES DE DOENÇAS, SERÁ DE 90 (NOVENTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO E ESTARÁ INDICADO NO BILHETE DE SEGURO.

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 valor por diária e a quantidade de diárias estabelecidas no Bilhete de Seguro.

7.2. 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 5 – FRANQUIA desta Condição Especial, até a data da alta médica, ou da utilização do limite de diárias estabelecidos no Bilhete de Seguro, o que ocorrer primeiro.

7.3. Estarão cobertos até 2 (dois) eventos cirúrgicos para cada período de 12 (doze) meses, durante a Vigência do Seguro, desde que não exista qualquer relação entre eles, e que entre esses eventos seja observado um prazo mínimo de 3 (três) meses.

7.3.1. Serão consideradas como o mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta Hospitalar.

7.3.2. As internações que tenham por origem o mesmo acidente ou Doença serão consideradas como o mesmo Evento Coberto.

7.4. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do Capital Segurado com base nas despesas Hospitalares realizadas pelo Segurado. O Capital Segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários Médicos.

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 realização do procedimento cirúrgico.

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 1.1 da CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA desta Condição Especial.

CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA

10.1. 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:

- a) Com o pagamento de 2 (dois) eventos no período de 12 (doze) meses; 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 – REGULAÇÃO E 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) Todos os exames Médicos realizados, inclusive os pré-operatórios, quando necessário;**
- b) Relatório Médico, carimbado e assinado pelo Médico que realizou a Cirurgia, com o motivo detalhado da intervenção cirúrgica, comprovando o período de internação; e**
- c) Laudo da Cirurgia realizada.**

11.2. 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 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

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 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 DECESSOS/FUNERAL COM CREMAÇÃO ESPECIAL – DC

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA



- 1.1.** Esta Cobertura, se contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de Indenização mediante a **prestação de serviços ou o reembolso das despesas com o funeral e/ou cremação, limitados 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, será liberado um **Capital Segurado adicional**, igual ao valor contratado, **específico para realização do serviço de cremação**.

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

- 2.1.** Além das definições indicadas na CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais, também se aplica à presente Cobertura, a seguinte definição:
 - 2.1.1. Plano Funerário:** plano de intermediação de benefícios, assessoria e prestação de serviço funerário, realizados por empresa administradora de plano de assistência funerária com pagamentos.

CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

- 3.1.** Essa cobertura poderá ser contratada nas seguintes modalidades de planos:
 - 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 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais;
 - c) **Familiar Básico:** Ficam cobertos o Segurado Titular, seu cônjuge/Companheiro(a) e seu(s) Filho(s) e/ou enteado(s), de acordo com as definições constantes na CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais; e
 - d) **Familiar Completo:** Ficam cobertos o Segurado Titular, seu cônjuge/Companheiro(a), seu(s) Filho(s) e/ou enteado(s) e os Segurados Dependentes Agregados: Pai, Mãe, Sogro e Sogra, de acordo com as definições constantes na CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais.
- 3.2.** O Beneficiário poderá optar pelo reembolso OU pela prestação do serviço, por meio de rede credenciada à Seguradora, respeitado os limites e critérios estabelecidos no Bilhete de Seguro.
- 3.3.** Esta Cobertura abrange as despesas com serviço de sepultamento ou cremação, de acordo com os itens abaixo relacionados:
 - a) Urna/caixão;
 - b) Carro para enterro (no município de Domicílio do Segurado);
 - c) Carreto/caixão (no município de Domicílio do Segurado);
 - d) Serviço assistencial;
 - e) Registro de óbito;
 - f) Taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de Domicílio do Segurado);
 - g) Taxa de cremação (se existir este serviço no município de Domicílio do Segurado ou no município mais próximo, **dentro de um raio máximo de 200 km (duzentos quilômetros)**);

-
- h) Taxa de aluguel de jazigo pelo período de 3 (três) anos, contados da data do sepultamento (onde existir este serviço no município de Domicílio do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município);
 - i) Taxa de manutenção/conservação do terreno, jazigo ou carneiro da família;
 - j) Taxa de exumação de corpo, caso o terreno, jazigo ou carneiro da família não dispuser de espaço para o sepultamento do Segurado;
 - k) Remoção do corpo/traslado (**desde que não ultrapasse a distância entre o município brasileiro onde ocorreu o óbito e o município de Domicílio do Segurado**);
 - l) Paramentos (essa);
 - m) Mesa de condolências;
 - n) Velas;
 - o) Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de Domicílio do Segurado);
 - p) Véu; e
 - q) Um enfeite e/ou uma coroa de flores.

3.4. 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.

3.5. Exclusivamente quando contratada a cobertura de Traslado de Corpo (Nacional ou Internacional), o serviço de sepultamento ou cremação, relacionado a cobertura de Decessos, poderá ser liberado no município escolhido pela família, desde que seja limitado ao valor do Capital Segurado contratado para a cobertura de Decessos.

3.6. 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.

3.7. No caso de cremação, o traslado do corpo da cidade brasileira 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.**

3.8. 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. 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.

3.9. Fica garantido o traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de Domicílio do Segurado, em território brasileiro, observando-se ainda:

- a) Caso o Beneficiário tenha optado pela prestação do serviço, em vez do reembolso das despesas, o traslado poderá ser realizado até o município brasileiro desejado, **desde que não ultrapasse a distância entre o município brasileiro onde ocorreu o óbito e o município de Domicílio 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 translado, 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.
- 3.10. Caso o Segurado não opte pela prestação dos serviços ou não seja possível prestar os serviços descritos nestas Condições Especiais, por circunstâncias alheias à Seguradora, o reembolso das despesas com o funeral será devido ao responsável pelo pagamento que, em razão disso, assumirá a condição de Beneficiário. O reembolso será limitado aos valores efetivamente dispendidos pelo Beneficiário, comprovados mediante apresentação das notas fiscais originais ou cópias digitalizadas (legíveis e sem rasuras), devendo ambas as alternativas obedecerem ao Capital Segurado contratado e demais regras das Condições Contratuais.
- 3.11. A rede especializada de prestadores de serviços credenciada pela Seguradora poderá ser alterada a qualquer momento.
- 3.12. Os serviços objeto da presente Cobertura não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita a utilização de prestadores de serviços particulares para a realização do funeral. Nesta hipótese, a família do Segurado poderá solicitar o reembolso das despesas com o funeral, de acordo com o item 3.10 desta cláusula.
- 3.13. 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.
- 3.14. Essa Cobertura é extensiva aos natimortos, quando houver a realização do funeral.

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, SUBITEM 2.1.2 E DA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADOS 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 NO BILHETE DE SEGURO;
 - 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 RAIO 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 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Esta Cobertura abrange os eventos cobertos ocorridos no território nacional. A prestação de serviço de sepultamento será restrita ao território brasileiro e o de cremação será restrito ao município de Domicílio do Segurado ou no município mais próximo, em território brasileiro, dentro de um raio máximo de 200 km (duzentos quilômetros), limitados ao Capital Segurado contratado.

CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA

6.1. O PERÍODO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA, PARA OS EVENTOS DECORRENTES DE DOENÇAS, SERÁ DE 90 (NOVENTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BILHETE DE SEGURO, CONFORME INDICADO NO BILHETE DE SEGURO.

CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo do reembolso das despesas ou da prestação de serviço, conforme definido no Bilhete de Seguro, na ocorrência do Evento Coberto e respeitadas as demais disposições contratuais.

7.2. 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 8 – DATA DO EVENTO

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

CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA

9.1. 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:

- a) Com o falecimento do Segurado Titular e pagamento do Capital Segurado desta 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 – SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS

10.1. Para utilizar esta Cobertura na forma de prestação de serviços, os familiares ou seu(s) representante(s), ou, se for o caso, o Segurado Titular, contará com a “Assistência 24 horas”, que pode ser acessada pelo(s) telefone(s) constante(s) no Bilhete de Seguro.

-
- 10.2. A Seguradora enviará um representante que tomará todas as providências para a prestação de serviço de sepultamento ou cremação, de acordo com a CLÁUSULA 3 – 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.
- 10.3. 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 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 11.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, 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.

- 11.1.1. 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).

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

- 11.3. 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 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das Condições Gerais.

CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS

- 12.1. 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 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condições Especial.
- 12.2. 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 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 BÁSICA DE DECESSOS/FUNERAL – DE

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de Indenização mediante a **prestação de serviços ou o reembolso das despesas com o funeral ou cremação, limitados ao valor do Capital Segurado contratado**, em caso de falecimento do Segurado decorrente **exclusivamente 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 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais, também se aplica à presente Cobertura, a seguinte definição:
 - 2.1.1. **Plano Funerário:** plano de intermediação de benefícios, assessoria e prestação de serviço funerário, realizados por empresa administradora de plano de assistência funerária com pagamentos.
 - 2.1.2. **Carneiros:** sinônimo de Jazigo. Espaços construídos para receber os corpos, guardados em caixões, após a morte de uma pessoa. Correspondem aos lugares das sepulturas, ou seja, dos túmulos para o sepultamento do corpo.

CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

- 3.1. Essa cobertura poderá ser contratada nas seguintes modalidades de planos:
 - 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 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais;
 - c) **Familiar Básico:** Ficam cobertos o Segurado Titular, seu cônjuge/Companheiro(a) e seu(s) Filho(s) e/ou enteado(s), de acordo com as definições constantes na CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais; e
 - d) **Familiar Completo:** Ficam cobertos o Segurado Titular, seu cônjuge/Companheiro(a), seu(s) Filho(s) e/ou enteado(s) e os Segurados Dependentes Agregados: Pai, Mãe, Sogro e Sogra, de acordo com as definições constantes na CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais.
- 3.2. O Beneficiário poderá optar pelo reembolso **OU** pela prestação do serviço, por meio de rede credenciada à Seguradora, respeitado os limites e critérios estabelecidos no Bilhete de Seguro.
- 3.3. Esta Cobertura abrange as despesas com serviço de sepultamento, de acordo com os itens abaixo relacionados:
 - a) Urna/caixão;
 - b) Carro para enterro (no município de Domicílio do Segurado);
 - c) Carreto/caixão (no município de Domicílio do Segurado);
 - d) Serviço assistencial;
 - e) Registro de óbito;

-
- f) Taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de Domicílio do Segurado);
 - g) Taxa de cremação (**se existir este serviço no município de Domicílio do Segurado ou no município mais próximo, dentro de um raio máximo de 200 (duzentos) quilômetros**);
 - h) Taxa de aluguel de jazigo pelo período de 3 (três) anos e 1 (um) mês, contados da data do sepultamento (onde existir este serviço no município de Domicílio do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município);
 - i) Taxa de manutenção/conservação do terreno, jazigo ou carneiro da família;
 - j) Taxa de exumação de corpo, caso o terreno, jazigo ou carneiro da família não dispuser de espaço para o sepultamento do Segurado;
 - k) Remoção do corpo/traslado (**desde que não ultrapasse a distância entre o município brasileiro onde ocorreu o óbito e o município de Domicílio do Segurado**);
 - l) Paramentos (essa);
 - m) Mesa de condolências;
 - n) Velas;
 - o) Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de Domicílio do Segurado);
 - p) Véu; e
 - q) Um enfeite e uma coroa de flores.

3.4. 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.

3.5. Exclusivamente quando contratada a cobertura de Traslado de Corpo (Nacional ou Internacional), o serviço de sepultamento ou cremação, relacionado a cobertura de Decessos, poderá ser liberado no município escolhido pela família, **desde que seja limitado ao valor do Capital Segurado contratado para a cobertura de Decessos.**

3.6. 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.

3.7. No caso de cremação, o traslado do corpo da cidade brasileira 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.

3.8. 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. 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.

3.9. Fica garantido o traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de Domicílio do Segurado, em território brasileiro, observando-se ainda:

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

- 3.10. Caso o Segurado não opte pela prestação dos serviços ou a Seguradora não possa prestar os serviços descritos nestas Condições Especiais, por circunstâncias alheias à Seguradora, o reembolso das despesas com o funeral será devido ao responsável pelo pagamento que, em razão disso, assumirá a condição de Beneficiário. O reembolso será limitado aos valores efetivamente dispêndidos pelo Beneficiário, comprovados mediante apresentação das notas fiscais originais ou cópias digitalizadas (legíveis e sem rasuras), devendo ambas as alternativas obedecer ao Capital Segurado contratado e demais regras das Condições Contratuais.
- 3.11. A rede especializada de prestadores de serviços credenciada pela Seguradora poderá ser alterada a qualquer momento por ela.
- 3.12. 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. Nesta hipótese, a família do Segurado poderá solicitar o reembolso das despesas com o funeral, de acordo com o item 3.10 desta cláusula.
- 3.13. 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.
- 3.14. No Plano Familiar, esta Cobertura é extensiva aos natimortos, quando houver a realização do funeral.

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, SUBITEM 2.1.2 E DA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADOS 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 NO BILHETE DE SEGURO;
- 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 RAIO 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 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. 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 6 – CARÊNCIA

6.1. O PERÍODO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA, PARA OS EVENTOS DECORRENTES DE DOENÇAS, SERÁ DE 90 (NOVENTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BILHETE DE SEGURO, E ESTARÁ INDICADO NO BILHETE DE SEGURO.

CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo do reembolso das despesas ou da prestação de serviço, conforme definido no Bilhete de Seguro, na ocorrência do Evento Coberto e respeitadas as demais disposições contratuais.

7.1.1. Caso o Segurado escolha pela cremação ao sepultamento, não será liberado Capital Segurado adicional específico para a realização da cremação.

7.2. 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 8 – DATA DO EVENTO

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

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 cessa:

- a) Com o falecimento do Segurado Titular e pagamento do Capital Segurado desta 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 – SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS

- 10.1. 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) no Bilhete de Seguro.
- 10.2. A Seguradora enviará um representante que tomará todas as providências para a prestação de serviço de sepultamento ou cremação de acordo com a CLÁUSULA 3 – 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.
- 10.3. **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 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 11.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, 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:
 - a) Cópia da certidão de óbito do Segurado que sofreu o Sinistro;
 - b) 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) 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
 - e) Notas fiscais e recibos originais ou cópias digitalizadas (legíveis e sem rasuras) das despesas com o funeral.
- 11.1.1. 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).

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

11.3. 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 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das Condições Gerais.

CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS

- 12.1. 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 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.

12.2. 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 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 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 – GLOSSÁRIO 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. O PERÍODO DE CARÊNCIA, PARA ESTA COBERTURA, PARA OS EVENTOS DECORRENTES DE DOENÇAS, SERÁ DE 90 (NOVENTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BILHETE DE SEGURO, E ESTARÁ INDICADO NO BILHETE DE SEGURO.

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 no Bilhete de Seguro.**

5.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura cancelará automaticamente o Bilhete de Seguro.

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 de LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** desta Condição Especial.

CLÁUSULA 7 – TÉRMINO DA COBERTURA

7.1. 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 do Capital Segurado relativo a esta Cobertura adicional, 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 8 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E 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 diagnóstico, o quadro clínico indicando o estágio do quadro clínico, acompanhado do histórico da patologia ou acidente e exames pertinentes que comprovem o laudo médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais, que comprove fase terminal da pessoa que sofreu o Sinistro e ateste o tempo esperado de sobrevida, emitido por Médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada;
- b) Exames Médicos realizados, que comprovem o diagnóstico firmado e indicado no Relatório Médico apresentado; e
- c) No caso de Segurado representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante.

8.2. 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 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

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 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 – GLOSSÁRIO 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
	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tórraco-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
	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

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	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
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
	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
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	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
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 4 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 3 (três) centímetros	06
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 3 (três) centímetros	sem Indenização
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, Indenização equivalente a ½ (meio), e dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) 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
DIVERSAS – APARELHO VISUAL E	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA
ANEXOS DO OLHO	Bilateral com fistulas	25
	Unilateral com fistulas	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
DIVERSAS – APARELHO DA FONAÇÃO	APARELHO DA FONAÇAO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
DIVERSAS – APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	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
DIVERSAS – APARELHO URINÁRIO	Perda de um ovário	05
	Perda de um testículo	05
	APARELHO URINÁRIO	
	Perda de rim único	75
	Perda de um rim, com rim remanescente:	
	- Redução da função renal (dialítica)	75
	- Redução da função renal (não dialítica)	50
DIVERSAS – MANDÍBULA	- Com função preservada	30
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
MANDÍBULA		
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:		
DIVERSAS – NARIZ	- Em grau máximo	20
	- Em grau médio	10
	- Em grau mínimo	05
NARIZ		
DIVERSAS – NARIZ	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Perda total do olfato	7

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA
DIVERSAS – PESCOÇO	PESCOÇO	
	Traqueostomia definitiva	40
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
DIVERSAS – SISTEMA AUDITIVO	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total das duas orelhas	16
DIVERSAS – TÓRAX	Amputação total de uma orelha	8
	TÓRAX	
	Aparelho Respiratório	
	Ressecção 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)	
DIVERSAS – ABDOMEM	Mastectomia bilateral	20
	Mastectomia unilateral	10
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VISCERAS)	
	Gastrectomia total	40
	Gastrectomia subtotal	20
	Perda do Baço	15
	Fígado	
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Intestino Delgado	
DIVERSAS – SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	Ressecção parcial	20
	Intestino Grosso	
	Colostomia definitiva	40
	Colectomia total	40
DIVERSAS – HÉRNIAS	Colectomia parcial	20
	Reto e ânus	
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Retenção anal	10
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS		
DIVERSAS – SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	Epilepsia pós-traumática	20
	Síndrome pós-concussional	05
HÉRNIAS		
DIVERSAS – HÉRNIAS	Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	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
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 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, SUBITEM 2.1.2 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 no Bilhete de Seguro.

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:

- 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 9 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 9.1. 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.
- 9.2. Não haverá reintegração do Capital Segurado relativo à esta Cobertura para os casos de Invalidez Permanente Total, devendo ser observado o disposto na CLÁUSULA 8 – TÉRMINO DA COBERTURA desta Condição Especial.

CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E 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 sinistrado);
 - b) 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;
 - c) Cópia da carta de concessão de aposentadoria, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente (se houver);
 - d) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, **se cabível**;
 - e) 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
 - f) **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 a 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 – REGULAÇÃO E 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 Indenização, ao próprio Segurado, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, exclusivamente aos órgãos e membros mencionados na CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS da presente Cobertura adicional, 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, observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

2.1. Aplica-se à presente Cobertura, as definições contidas da CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES 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 esta Cobertura 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 e engenheiros.

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 das Condições Especiais 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 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 – RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. 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 6 – CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA na data do evento, respeitando o limite estabelecido no Bilhete de Seguro.

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:

- a) Com o pagamento de Indenização equivalente à 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo a esta Cobertura adicional;
- b) Quando for cancelada a Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA; e
- c) 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 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais e na 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) seguintes documento(s):

- a) 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 – REGULAÇÃO E 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 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

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 totalmente inválido em caráter permanente, pela perda ou Impotência Funcional definitiva e total 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 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais, também se aplicam à presente Cobertura, as seguintes definições:

2.1.1. Invalidez Permanente Total: 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 ou Impotência Funcional definitiva e total, 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.

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 equivalente ao Capital Segurado vigente na data do acidente.

3.2. Para efeito de pagamento do Capital Segurado, consideram-se como Invalidez Permanente Total por Acidente somente os eventos relacionados abaixo:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os braços;
- c) Perda total do uso de ambas as pernas;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um braço e uma perna;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total incurável; e
- i) Nefrectomia bilateral por acidente.

3.3. Não haverá Indenização nos casos de perda parcial ou redução de funções de membros e/ou órgãos, sem que haja caracterização de Invalidez Permanente e total por Acidente Pessoal, nos termos destas Condições Especiais.

3.4. Em caso de perda ou maior Redução Funcional total de um membro ou órgão já defeituoso antes do Acidente Pessoal, o grau de invalidez anterior à data da contratação desta Cobertura será percentualmente deduzido do Capital Segurado, para fins de pagamento da Indenização.

3.5. 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.

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, SUBITEM 2.1.2 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 no Bilhete de Seguro.

6.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura cancelará automaticamente o Bilhete de Seguro.

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:

- a) Com o pagamento 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 9 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E 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 sinistrado);
 - b) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico que assistiu o Segurado, contendo o histórico de atendimento, o diagnóstico, tratamento aplicado, alta definitiva e as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;
 - c) Cópia da carta de concessão de aposentadoria, **se cabível**;
 - d) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, **se cabível**;
 - e) 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);
 - 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 sinistrado); e
 - g) **No caso de alienação mental, total e incurável:** além da comprovação médica, **será necessária também a Certidão de Interdição Judicial definitiva.**

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. O pagamento das Indenizações relativas à Cobertura básica de Morte e a Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA não se acumulam, ou seja, se depois de paga uma Indenização por IPTA, 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 IPTA, observados os termos e disposições das Condições Contratuais.

9.4. 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 – REGULAÇÃO E 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. 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, 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. 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 no Bilhete de Seguro.

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 DO SEGURO e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, esta Cobertura termina:

- a) Quando for cancelada a Cobertura adicional 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 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais, também se aplicam à presente Cobertura, as seguintes definições:

- 2.1.1. **Convalescência:** 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 documentos indicados na CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, SUBITEM 2.1.2 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 CONVALESCÊNCIA (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 no Bilhete de Seguro.**

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 – REGULAÇÃO E 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 sinistrado**);
- 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 as circunstâncias e consequências do acidente, o histórico de atendimento, o diagnóstico e o tratamento aplicado;
- d) Exames e laudos médicos realizados, que comprovem o diagnóstico firmado e indicado no Relatório Médico apresentado;
- e) 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
- f) Notas Fiscais originais ou cópias digitalizadas (legíveis e sem rasuras) das despesas havidas com o acidente.

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 todos os contratos em vigor, nesta ou em outras Seguradoras, na data da ocorrência do Sinistro.

- 10.3. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas.
- 10.4. O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do Capital Segurado vigente na data do evento.
- 10.5. 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 – REGULAÇÃO E 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 DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – DIT

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 em que o Segurado se encontrar sob tratamento Médico**, limitado ao número máximo de diárias estabelecidas no Bilhete de Seguro, que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, a exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de Acidente Pessoal coberto ou Doença, observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

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

2.1.1. Incapacidade Temporária: caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento Médico, quando este ocorrer dentro do período de Vigência do Seguro.

CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

3.1. Estão cobertas as diárias de Incapacidade Temporária para as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos, que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados na CLÁUSULA 12 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial e que se encontrem em plena atividade profissional e em condições normais de saúde, na data da respectiva contratação do seguro.

3.2. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve impossibilitado de exercer sua profissão ou ocupação, a contar do 1º (primeiro) dia após o período de Franquia indicado na CLÁUSULA 6 – FRANQUIA desta Condição Especial, até a data de retorno às suas atividades laborais ou da utilização do limite de diárias estabelecidos no Bilhete de Seguro, o que ocorrer primeiro.

3.3. O limite máximo de diárias por evento será estabelecido na contratação e especificado no Bilhete de Seguro.

3.4. O número máximo de eventos cobertos será limitado em 3 (três) afastamentos a cada 12 (doze) meses, contados a partir da data de início de vigência do Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, SUBITEM 2.1.2 E DA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADO A:

A) ANOMALIAS OU MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS COM MANIFESTAÇÃO EM QUALQUER ÉPOCA;
B) TRATAMENTO CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA ESTERILIDADE, INFERTILIDADE, MÉTODOS CONTRACEPTIVOS, INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL E MUDANÇA DE SEXO, INCLUÍDA A CORREÇÃO DE VARICOCELE; HISTERECTOMIA/MASTECTOMIA, ENTRE OUTROS;



-
- C) HOSPITALIZAÇÕES PARA CHECK-UP;
 - D) CIRURGIA E TRATAMENTOS PARA OBESIDADE DE QUALQUER TIPO;
 - E) INFECÇÕES OPORTUNISTAS E TODA E QUALQUER DOENÇA PROVOCADA PELA SÍNDROME DA DEFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA ADQUIRIDA – AIDS E/OU HEPATITES B E/OU HEPATITE C;
 - F) LESÕES TRAUMÁTICAS COMPROVADAMENTE ANTERIORES À CONTRATAÇÃO DESTE SEGURO, PARA OS QUAIS O SEGURADO TENHA PROCURADO OU RECEBIDO ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR DE QUALQUER NATUREZA, MESMO QUE OS AFASTAMENTOS SEJAM DECORRENTES DE AGRAVAMENTO, SEQUELA OU REAPARECIMENTO DESTAS, OU DE SEUS SINTOMAS E SINAIS, OU AINDA, DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS OU DEGENERANTES DELAS CONSEQUENTES;
 - G) LUXAÇÕES RECIDIVANTES QUE TENHAM OCORRIDO APÓS UM PRIMEIRO ACOMETIMENTO E INSTABILIDADES CRÔNICAS (AGUDIZADAS OU NÃO) DE QUALQUER ARTICULAÇÃO;
 - H) DISTÚRBIOS OU DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS E MENTAIS, SÍNDROME DO PÂNICO, ESTRESSE OU QUAISQUER EVENTOS DELES DECORRENTES, INCLUSIVE PSICANÁLISE, SONOTERAPIA, PSICOTERAPIA EM SUAS DIVERSAS MODALIDADES, TERAPIA OCUPACIONAL, PSICOLOGIA, AVALIAÇÃO E/OU TERAPIA;
 - I) TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM FINALIDADE ESTÉTICA OU COSMÉTICA E PARA SENILIDADE, REJUVENESCIMENTO, REPOUSO, CONVALESCÊNCIA, EMAGRECIMENTO ESTÉTICO, GERIÁTRICOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS;
 - J) DOENÇAS PARASITÁRIAS E INFECCIOSAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;
 - K) DOENÇAS TRANSMITIDAS POR CONTATO COM ANIMAIS, TAIS COMO LEPTOSPIROSE, TOXOPLASMOSE E OUTRAS DOENÇAS INFECTO PARASITÁRIAS;
 - L) LESÕES CORPORAIS, BEM COMO SUAS CONSEQUÊNCIAS, DECORRENTES DE ACIDENTES OCORRIDOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BILHETE DE SEGURO;
 - M) 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;
 - N) PERDA DE DENTES OU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE QUALQUER ESPÉCIE;
 - O) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;
 - P) 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;
 - Q) ATOS CONTRÁRIOS A LEI, INCLUSIVE A DIREÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES, INCLUINDO MOTOS, BARCOS, AERONAVES E ASSEMELHADOS, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO OU SEM A UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA OBRIGATÓRIOS POR LEI, COMO CAPACETES E CINTOS DE SEGURANÇA;
 - R) DOENÇAS DE CARACTERÍSTICAS RECONHECIDAMENTE PROGRESSIVAS PELA MEDICINA, COMO FIBROMIALGIA, ARTRITE REUMATOIDE, OSTEOARTROSE, DOENÇAS REUMATOLÓGICAS E ÓSSEAS; E
 - S) GRAVIDEZ E SUAS INTERCORRÊNCIAS, BEM COMO PARTO OU ABORTO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, EXCETO SE DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO, NESTE CASO, SERÁ NECESSÁRIA A COMPROVAÇÃO DO NEXO CAUSAL POR MEIO DE EXAMES DE IMAGEM REALIZADOS NA OCASIÃO DO ACIDENTE.

4.2. TAMBÉM FICAM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA QUALQUER AFASTAMENTO DECORRENTE DE INVALIDEZ PERMANENTE, TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, TENDO EM VISTA QUE ESTA COBERTURA COBRE APENAS DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA.

4.3. NÃO TERÃO DIREITO A COBERTURA OS PROFISSIONAIS DA ECONOMIA INFORMAL QUE NÃO SEJAM PROFISSIONAIS LIBERAIS E/OU AUTÔNOMOS REGULAMENTADOS OU QUE SEJAM DESSA CLASSE PROFISSIONAL, MAS QUE NÃO TENHAM COMO COMPROVAR UMA ATIVIDADE REMUNERADA REGULAR.

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 15 (QUINZE) DIAS E SERÁ CONTADO A PARTIR DA DATA DA INCAPACIDADE FIXADA NA DECLARAÇÃO MÉDICA. DESTA FORMA, INICIA-SE A COBERTURA A PARTIR DA 16^a (DÉCIMA SEXTA) DIÁRIA DE INCAPACIDADE.

CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA

7.1. O PERÍODO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA, PARA EVENTOS DECORRENTES DE DOENÇAS, SERÁ DE 60 (SESSENTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO, E ESTARÁ INDICADO NO BILHETE DE SEGURO.

CLÁUSULA 8 – CAPITAL SEGURADO

8.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização por diária devida na ocorrência do Evento Coberto, conforme definido no Bilhete de Seguro, **respeitado o limite máximo de eventos, assim como o limite máximo de diárias por evento.**

8.2. O Capital Segurado será pago de uma única vez e será calculado na Regulação do Sinistro considerando o período em que o Segurado esteve impossibilitado de forma contínua e ininterrupta de exercer sua profissão ou ocupação profissional, a contar do primeiro dia de afastamento até a data da alta médica, respeitados a CLÁUSULA 6 – FRANQUIA desta Condição Especial.

8.3. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do Capital Segurado com base nas despesas Hospitalares realizadas pelo Segurado.

8.4. Se o Capital Segurado contratado for superior à renda mensal informada pelo Segurado na contratação do seguro, o pagamento da Indenização será realizado pelo valor da renda contratada pelo Segurado, mas se ficar comprovada má-fé do Segurado no que tange à informação constante na contratação, o Segurado perderá o direito à Indenização com base no Código Civil Brasileiro.

CLÁUSULA 9 – DATA DO EVENTO

9.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data da incapacidade fixada na declaração médica.

CLÁUSULA 10 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. 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 11 – TÉRMINO DA COBERTURA

11.1. 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 12 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

- Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, **se cabível**;
- Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico que assistiu o Segurado, contendo o diagnóstico da incapacidade e o tratamento aplicado;
- Exames realizados e laudos médicos que comprovem a Incapacidade Temporária e atestado médico confirmado o afastamento profissional; e
- Cópia autenticada do comprovante da atividade autônoma, podendo ser: última declaração do Imposto de Renda ou Recibo de Pagamento de Autônomo ou Carnê Leão, acrescido de documento que comprove a atividade desempenhada ou Comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores a data da ocorrência do Evento Coberto, do pagamento do INSS, acrescido do documento que comprove a atividade.

12.2. 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 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 13 – BENEFICIÁRIOS

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

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 DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIH-AD

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, limitado ao número máximo de diárias estabelecido no Bilhete de Seguro, decorrente de Doença ou Acidente Pessoal coberto ocorrido 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 – GLOSSÁRIO 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 Doença ou Acidente Pessoal coberto que, por sua gravidade ou complexidade, exija Tratamento Clínico ou Cirúrgico, indicado por profissional Médico habilitado.

2.1.2. **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 ou Doença, 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 12 – 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 definitiva ou da utilização do limite de diárias estabelecidos no Bilhete de Seguro, o que ocorrer primeiro.

3.3. O limite máximo de diárias por evento será estabelecido na contratação e especificado no Bilhete de Seguro.

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 do Bilhete de Seguro.

3.4.1. As internações que tenham por origem o mesmo acidente ou Doença 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 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, SUBITEM 2.1.2 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) CIRURGIAS PLÁSTICAS (ESTÉTICAS OU NÃO), EXCETO AS PÓS-ACIDENTAIS RESTAURADORAS QUE SEJAM NECESSÁRIAS PARA RESTABELECIMENTO DO SEGURADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
 - B) GRAVIDEZ TÓPICA OU ECTÓPICA, EXCETO PARTO OU ABORTO QUANDO FOREM DIRETAMENTE DECORRENTES DE UM ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
 - C) CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE FIMOSE;
 - D) 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;
 - E) A PERDA DE DENTES OU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE QUALQUER ESPÉCIE;
 - F) TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM FINALIDADE ESTÉTICA, INCLUSIVE PARA OBESIDADE EM QUALQUER MODALIDADE;
 - G) INTERNAÇÕES EM CLÍNICAS OU INSTITUIÇÕES PARA ACOMODAÇÃO OU TRATAMENTO DE IDOSOS, INCLUINDO ASILOS E CASAS DE REPOUSO;
 - H) 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;
 - I) INTERNAÇÕES DOMICILIARES (*HOME CARE*);
 - J) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
 - K) 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;
 - L) ESTADOS DE CONVALESCÊNCIA (APÓS A ALTA MÉDICA) E AS DESPESAS DE ACOMPANHANTES;
 - M) INTERNAÇÕES HOSPITALARES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE ESPECIALIDADES NÃO RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA OU POR MÉDICOS QUE NÃO SEJAM LEGALMENTE HABILITADOS;
 - N) LESÕES CORPORAIS, BEM COMO SUAS CONSEQUÊNCIAS, DECORRENTES DE ACIDENTES OCORRIDOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BILHETE DE SEGURO; E

O) ATOS CONTRÁRIOS A LEI, INCLUSIVE A DIREÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES, INCLUINDO MOTOS, BARCOS, AERONAVES E ASSEMELHADOS, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO OU SEM A UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA OBRIGATÓRIOS POR LEI, COMO CAPACETES E CINTOS DE SEGURANÇA.

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 3^a (TERCEIRA) DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA

7.1. O PERÍODO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA, PARA EVENTOS DECORRENTES DE DOENÇAS, SERÁ DE 60 (SESSENTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO, E ESTARÁ INDICADO NO BILHETE DE SEGURO.

CLÁUSULA 8 – CAPITAL SEGURADO

8.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização por diária devida na ocorrência do Evento Coberto, conforme definido no Bilhete de Seguro, **respeitado o limite máximo de eventos, assim como o limite máximo de diárias por evento.**

8.2. 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 no Bilhete de Seguro, o que ocorrer primeiro.

8.3. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do Capital Segurado com base nas despesas Hospitalares realizadas pelo Segurado.

CLÁUSULA 9 – DATA DO EVENTO

9.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data da Internação Hospitalar do Segurado.

CLÁUSULA 10 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. 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 11 – TÉRMINO DA COBERTURA

- 11.1. 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 12 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 12.1. Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E 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.

- 12.2. 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 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 13 – BENEFICIÁRIOS

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

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 DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR 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, limitado ao número máximo de diárias estabelecido no Bilhete de Seguro, decorrente de Acidente Pessoal coberto, ocorrido 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 – GLOSSÁRIO 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, indicado por profissional Médico habilitado.

2.1.2. **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 descrita 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 definitiva ou da utilização do limite de diárias estabelecidos no Bilhete de Seguro, o que ocorrer primeiro.

3.3. O limite máximo de diárias por evento será estabelecido na contratação e especificado no Bilhete de Seguro.

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 do Bilhete de Seguro.

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 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, SUBITEM 2.1.2 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) CIRURGIAS PLÁSTICAS (ESTÉTICAS OU NÃO), EXCETO AS PÓS-ACIDENTAIS RESTAURADORAS QUE SEJAM NECESSÁRIAS PARA RESTABELECIMENTO DO SEGURADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
 - B) 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;
 - C) A PERDA DE DENTES OU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE QUALQUER ESPÉCIE;
 - D) TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM FINALIDADE ESTÉTICA, INCLUSIVE PARA OBESIDADE EM QUALQUER MODALIDADE;
 - E) INTERNAÇÕES EM CLÍNICAS OU INSTITUIÇÕES PARA ACOMODAÇÃO OU TRATAMENTO DE IDOSOS, INCLUINDO ASilos E CASAS DE REPOUSO;
 - F) INTERNAÇÕES DOMICILIARES (*HOME CARE*);
 - G) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
 - H) INTERNAÇÕES HOSPITALARES PARA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA, ESPERA PARA A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA, AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE, INCLUSIVE CHECK-UP, REPOUSO OU GERIATRIA E INTERNAÇÃO PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS;
 - I) ESTADOS DE CONVALESCÊNCIA (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 DO BILHETE DE SEGURO;
 - L) ATOS CONTRÁRIOS A LEI, INCLUSIVE A DIREÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES, INCLUINDO MOTOS, BARCOS, AERONAVES E ASSEMELHADOS, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO OU SEM A UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA OBRIGATÓRIOS POR LEI, COMO CAPACETES E CINTOS DE SEGURANÇA; E
 - M) 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 3^a (TERCEIRA) DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

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 no Bilhete de Seguro, **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 no Bilhete de Seguro, o que ocorrer primeiro.

7.3. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do Capital Segurado com base nas despesas Hospitalares realizadas pelo Segurado.

7.4. O Capital Segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários Médicos.

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 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 – REGULAÇÃO E 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 histórico de atendimento, o diagnóstico, o tratamento aplicado, a data de entrada no Hospital e a alta definitiva;
 - b) 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
 - c) Todos os exames e laudos médicos realizados durante o período de Internação Hospitalar.
- 11.2. 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 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

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 DIÁRIA 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, limitado ao número máximo de diárias estabelecido no Bilhete de Seguro, decorrente de Acidente Pessoal coberto ocorrido 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 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais e CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Especiais da Cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH-A, também se aplicam à presente Cobertura, as seguintes definições:

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.

2.1.2. **Internação Hospitalar:** permanência do Segurado em Hospital em regime de internação sob tratamento em Unidade de Terapia Intensiva – UTI ou Centro de Terapia Intensiva – CTI, 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, 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 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 no Bilhete de Seguro, o que ocorrer primeiro.

3.3. O limite máximo de diárias por evento será estabelecido na contratação e especificado no Bilhete de Seguro.

3.4. O número máximo de eventos cobertos será limitado em 3 (três) Internações Hospitalares a cada 12 (doze) meses, contados a partir do início de vigência do Bilhete de Seguro.

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 DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE – DIH-A.**

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 3^a (TERCEIRA) DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.**

CLÁUSULA 7 – TÉRMINO DA COBERTURA

- 7.1. 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;
 - Quando for cancelada a Cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH-A; e
 - Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 8 – CAPITAL SEGURADO

- 8.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização por diária devida na ocorrência do Evento Coberto, conforme definido no Bilhete de Seguro, **respeitado o limite máximo de eventos, assim como o limite máximo de diárias por evento.**
- 8.2. 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 6 –

FRANQUIA desta Condição Especial, até a data da alta médica Hospitalar definitiva ou da utilização do limite de diárias estabelecidas no Bilhete de Seguro, o que ocorrer primeiro.

8.3. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do Capital Segurado com base nas despesas Hospitalares realizadas pelo Segurado.

CLÁUSULA 9 – DATA DO EVENTO

9.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data da Internação Hospitalar do Segurado em Unidade de Terapia Intensiva – UTI ou Centro de Terapia Intensiva – CTI.

CLÁUSULA 10 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. 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 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 Diária de Internação Hospitalar por 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 DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPLEMENTAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS – DIHC-EC

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1.** Esta Cobertura, se contratada, mediante o pagamento de Prêmio adicional, garante o pagamento de Indenização adicional a Cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – DIH-EC, que corresponderá ao valor de 1 (uma) diária, desde que tenha sido realizado Cirurgia indicada pelo Médico cirurgião, e amparada por aquela Cobertura, em decorrência de Doença ou Acidente Pessoal coberto, ocorridos durante o período de Vigência do Seguro, observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.
- 1.2.** O Segurado deverá permanecer Hospitalizado por, no mínimo, 48 (quarenta e oito) horas, contadas a partir do horário inicial de sua Internação Hospitalar para a realização da Cirurgia coberta pelo seguro.

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

- 2.1.** Além das definições indicadas na CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais, também se aplicam à presente Cobertura as definições indicadas na CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Especiais da Cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – DIH-EC.

CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA OS RISCOS DESCritos NA CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS – DIH-EC.**

CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 4.1.** Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional.

CLÁUSULA 5 – FRANQUIA

- 5.1. O PERÍODO DE FRANQUIA PARA ESTA COBERTURA SERÁ DE 2 (DOIS) DIAS, CONTADO A PARTIR DO HORÁRIO INICIAL DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA E ESTARÁ INDICADO NO BILHETE DE SEGURO.**

CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA

- 6.1. O PERÍODO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA, PARA OS EVENTOS DECORRENTES DE DOENÇAS, SERÁ DE 90 (NOVENTA) DIAS CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO E ESTARÁ INDICADO NO BILHETE DE SEGURO.**

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 no Bilhete de Seguro, 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 após a regulação do Sinistro, considerando o período em que o Segurado esteve internado em Hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação, respeitado o período de Franquia da CLÁUSULA 5 – FRANQUIA desta Condição Especial, até a data da alta médica, multiplicado pelo valor da diária contratada, respeitadas as Condições Contratuais.
- 7.3. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do Capital Segurado com base nas despesas Hospitalares realizadas pelo Segurado.
- 7.4. O Capital Segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários Médicos.
- 7.5. O número máximo de eventos cobertos será limitado em 2 (dois) eventos cirúrgicos a cada 12 (doze) meses, contados a partir do início de vigência do Bilhete de Seguro, desde que não exista qualquer relação entre eles, e que entre esses eventos seja observado um prazo mínimo de 3 (três) meses.
- 7.5.1. Os eventos cirúrgicos que tenham por origem o mesmo acidente ou Doença serão consideradas um mesmo Evento Coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.
- 7.5.2. Serão considerados como mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta Hospitalar.

CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO

- 8.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos Sinistros, a data da Cirurgia.

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 7.5 da CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO desta Condição Especial.

CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA

- 10.1. 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 pagamento de 2 (dois) 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. A análise e regulação do Sinistro relacionado a presente Cobertura se dará conforme definido para a Cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – DIH-EC, descrito na CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Especiais daquela Cobertura.

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 DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS DE ALTO CUSTO – DIH-EC-AC

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 de 01 (uma) diária desta Cobertura desde que o Segurado tenha sido submetido à uma das Cirurgias cobertas, conforme descrito na CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS desta Condição Especial, indicada pelo Médico cirurgião, decorrente de Doença ou Acidente Pessoal coberto, ocorrido 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 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais, também se aplicam à presente Cobertura, as definições indicadas na CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Especiais da Cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – DIH-EC.

CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

3.1. Estarão cobertas por esta Cobertura, as Cirurgias abaixo relacionadas:

3.1.1. **Cirurgia Neurológica:** aquela realizada com a abertura cirúrgica do crânio (craniotomia), com o objetivo de reparar uma ruptura de aneurisma intracraniano, ou a remoção de, no mínimo, um lobo completo do cérebro, e que seja indicado por um Médico neurocirurgião como sendo o tratamento mais adequado e necessário para o Segurado.

3.1.2. **Cirurgia de Revascularização do Miocárdio:** Cirurgia cardíaca de peito aberto, que inclui a esternotomia, indicada pelo Médico cirurgião cardíaco como o tratamento mais adequado para corrigir a obstrução ou estreitamento de uma ou mais artérias coronárias.

3.1.3. **Cirurgia de Pulmão:** é a remoção cirúrgica de pelo menos um lobo do pulmão que deve ser considerada como o tratamento mais adequado por um Médico cirurgião torácico.

3.1.4. **Cirurgia do Aparelho Digestivo:** é a remoção cirúrgica parcial ou total de órgãos do aparelho digestivo incluindo esôfago, estômago, pâncreas, intestino delgado, intestino grosso e reto, sendo que este Tratamento Cirúrgico deverá ter sido indicado por um cirurgião geral ou cirurgião do aparelho digestivo como o tratamento mais apropriado para o Segurado.

3.1.5. **Cirurgia para Câncer de Mama, Útero e Próstata:** é o Tratamento Cirúrgico indicado pelo Mastologista, Urologista ou Cirurgião Oncológico como o mais adequado e necessário para parar a propagação do câncer através da remoção completa da mama, útero ou da próstata.

3.1.6. **Cirurgia para Queimados:** Cirurgia de enxerto de pele (do próprio Segurado ou do banco de pele), indicada pelo Médico Cirurgião Plástico reconstrutivo, como o mais adequado para o tratamento de queimaduras de terceiro grau (aqueles que afetam todas as camadas da pele e dos músculos, tendões e/ou ossos), que no mesmo evento atinja pelo menos 20% (vinte por cento) da superfície total do corpo.

-
- 3.2. As Cirurgias deverão ser realizadas por Cirurgião Habilitado, devendo o Segurado permanecer Hospitalizado por no mínimo 2 (dois) dias contados a partir da data de sua Internação Hospitalar para a realização do procedimento cirúrgico, de acordo com o estabelecido na CLÁUSULA 6 – FRANQUIA desta Condição Especial.
- 3.3. O limite máximo de diárias por evento será estabelecido na contratação e especificado no Bilhete de Seguro.
- 3.4. O número máximo de eventos cobertos será limitado em 2 (dois) eventos cirúrgicos a cada 12 (doze) meses, contados a partir do início de vigência do Bilhete de Seguro, desde que não exista qualquer relação entre eles, e que entre esses eventos seja observado um prazo mínimo de 3 (três) meses.
- 3.4.1. Os eventos cirúrgicos que tenham por origem o mesmo acidente ou Doença 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.
- 3.4.3. Para a Cirurgia de Queimados estará coberto apenas 1 (um) evento por Vigência do Seguro.
- 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 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, SUBITEM 2.1.2 E DA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, AS CIRURGIAS RELACIONADAS OU REALIZADAS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE:
- A) PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES CEREBRAL;
 - B) CIRURGIA PARA OBESIDADE DE QUALQUER TIPO;
 - C) HEMORRÓIDAS, FISSURAS ANAIS E PROLAPSO RETAL;
 - D) DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS;
 - E) QUALQUER HÉRNIA DA PAREDE ABDOMINAL, HÉRNIA UMBILICAL E HÉRNIA INGUINAL, EXCETO QUANDO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
 - F) TUMORES HISTOLOGICAMENTE DESCritos COMO BENIGNO, PRÉ-MALIGNO, POTENCIALMENTE MALIGNO, BAIXA MALIGNIDADE OU NÃO INVASIVO;
 - G) QUALQUER LESÃO DESCrita COMO CARCINOMA "IN SITU" (TUMOR TIS PELA CLASSIFICAÇÃO TNM VIGENTE);
 - H) NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC1, NIC2 E NIC3);
 - I) QUALQUER TIPO DE MIOMA, SANGRAMENTO UTERINO DISFUNCIONAL, PROLAPSO UTERINO;

-
- J) QUALQUER TIPO DE TUMOR BENIGNO OU NÓDULOS NAS MAMAS;
 - K) PROLAPSO DA BEXIGA (CISTOCELE) E PROLAPSO DO RETO (RETOCELE);
 - L) HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA;
 - M) INTERNAÇÃO PARA REALIZAR BIÓPSIAS QUE EXIJA PERÍODO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR INFERIOR AO MÍNIMO DE 48H;
 - N) QUALQUER TIPO DE CIRURGIA OU PROCEDIMENTOS RELACIONADOS A TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, EXCETO OS DE CORAÇÃO, FÍGADO, PULMÃO, PÂNCREAS E MEDULA ÓSSEA, QUE PERFAZEM OS ÓRGÃOS COM COBERTURA DE TRANSPLANTE;
 - O) DOENÇAS CONGÊNITAS;
 - P) MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA;
 - Q) SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – AIDS E/OU CAUSADA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA – HIV;
 - R) QUAISQUER INTERVENÇÕES ESTÉTICAS OU COSMÉTICAS;
 - S) CIRURGIAS PLÁSTICAS RECONSTRUTIVAS E/OU REPARADORAS, EXCETO AQUELAS RESULTANTES DE UM ACIDENTE OCORRIDO DURANTE A VIGÊNCIA DO SEGURO;
 - T) DIÁLISE OU INSUFICIÊNCIA RENAL;
 - U) ATENDIMENTOS OU QUAISQUER CIRURGIAS AMBULATORIAIS; E
 - V) PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS OU QUE NÃO ESTÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA, E OS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA.

CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional.

CLÁUSULA 6 – FRANQUIA

6.1. O PERÍODO DE FRANQUIA PARA ESTA COBERTURA SERÁ DE 2 (DOIS) DIAS, CONTADO A PARTIR DO HORÁRIO INICIAL DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DO SEGURADO, PARA A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA, E ESTARÁ INDICADO NO BILHETE DE SEGURO.

CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA

7.1. O PERÍODO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA, PARA OS EVENTOS DECORRENTES DE DOENÇAS, SERÁ DE 90 (NOVENTA) DIAS CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO E ESTARÁ INDICADO NO BILHETE DE SEGURO.

CLÁUSULA 8 – CAPITAL SEGURADO

8.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização por diária devida na ocorrência do Evento Coberto, conforme definido no Bilhete de Seguro, **respeitado o limite máximo de eventos, assim como o limite máximo de diárias por evento.**

8.2. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do Capital Segurado com base nas despesas Hospitalares realizadas pelo Segurado.

CLÁUSULA 9 – DATA DO EVENTO

9.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, a data de realização do procedimento cirúrgico.

CLÁUSULA 10 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. 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 11 – TÉRMINO DA COBERTURA

11.1. 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:

- a) Com o pagamento de 2 (dois) eventos no período de 12 (doze) meses; e
- b) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 12 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

12.1. A análise e regulação do Sinistro relacionado a presente Cobertura se dará conforme definido para a Cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – DIH-EC, descrito na CLÁUSULA 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Especiais daquela Cobertura.

CLÁUSULA 13 – BENEFICIÁRIOS

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

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 – DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais, também se aplicam à presente Cobertura, as definições da Condição Especial da Cobertura básica de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC e da Cobertura básica de Decessos/Funeral – DE.

CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, SUBITEM 2.1.2 E DA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADOS 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 NO BILHETE DE SEGURO;
 - C) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA QUE NÃO ESTEJAM RELACIONADAS 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 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

CLÁUSULA 5 – CARÊNCIA

5.1. O PERÍODO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA, PARA OS EVENTOS DECORRENTES DE DOENÇAS, SERÁ DE 180 (CENTO E OITENTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BILHETE DE SEGURO, E ESTARÁ INDICADO NO BILHETE DE SEGURO.

CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo do reembolso das despesas, conforme definido no Bilhete de Seguro, na ocorrência do Evento Coberto e respeitadas as demais disposições contratuais.

6.2. 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 básica de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou Decessos/Funeral – DE, conforme contratada no Bilhete de Seguro, na data do evento, **respeitando o limite estabelecido no Bilhete de Seguro.****

6.3. O Capital Segurado desta Cobertura não cobre as despesas e taxas com manutenção do terreno, jazigo ou carneiro.

6.4. 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.

6.5. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, referente ao Segurado Titular, cancelará automaticamente o Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO

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

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:

- a) **Com o pagamento do Capital Segurado desta cobertura em caso de falecimento do Segurado Titular ou, se contratada uma das Coberturas suplementares, em caso de falecimento de um dos Segurados Dependentes ou Segurados Agregados, o que ocorrer primeiro;**
- b) **Quando for cancelada a Cobertura básica de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou a Cobertura básica de Decessos/Funeral – DE, conforme contratada no Bilhete de Seguro; e**
- c) **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.** A análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura se dará conforme definido na cláusula de LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS da Condição Especial para a Cobertura básica de Decessos/Funeral – DE ou Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC contratada pelo Segurado e indicada no Bilhete de Seguro.
- 9.2.** O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do Capital Segurado vigente na data do evento.
- 9.3.** 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 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das Condições Gerais.

CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS

- 10.1.** 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 9 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.

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 TRASLADO DE CORPO NACIONAL AMPLO – TR-N-AMPLO

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento do Prêmio adicional, garante ao(s) Beneficiário(s), o pagamento de Indenização mediante a prestação de serviços ou o reembolso das despesas com procedimentos de liberação, transporte e urna mortuária mais adequada ao traslado do corpo do Segurado, diretamente do local de falecimento em território nacional até outro município brasileiro designado pela família, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, durante o período de Vigência do Seguro, observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.
- 1.2. O serviço será prestado a partir da liberação do corpo pelas autoridades judiciais e/ou policiais, desde que não exista nenhum obstáculo físico, policial ou judicial que impeça a sua remoção do local do falecimento em âmbito geográfico nacional.

CLÁUSULA 2 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, SUBITEM 2.1.2 E DA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA:
 - 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 NO BILHETE DE SEGURO;
 - C) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA QUE NÃO ESTEJAM RELACIONADAS DIRETAMENTE COM O TRASLADO NACIONAL OU NÃO PREVISTAS NESTA COBERTURA. CASO A OPÇÃO SEJA PELA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E TAL SERVIÇO SEJA PRESTADO, NÃO SERÃO REEMBOLSADAS QUAISQUER DESPESAS REALIZADAS;
 - D) AS DESPESAS RELATIVAS AO TRASLADO INTERNACIONAL DO CORPO;
 - E) AS DESPESAS RELATIVAS AO FUNERAL, SEPULTAMENTO OU CREMAÇÃO DO CORPO, ÓRGÃOS OU MEMBROS DO CORPO HUMANO;
 - F) TRASLADO DE ÓRGÃOS OU MEMBROS DO CORPO HUMANO; E
 - G) DESPESAS COM OS SERVIÇOS DECORRENTES DO PLANO FUNERÁRIO EVENTUALMENTE CONTRATADO.

CLÁUSULA 3 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 3.1. Esta Cobertura abrange os Eventos Cobertos ocorridos exclusivamente no território nacional. A prestação de serviço de traslado de corpo será prestada até o município brasileiro designado pela família do Segurado, dentro do território nacional.

CLÁUSULA 4 – CARÊNCIA

- 4.1. O PERÍODO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA, PARA OS EVENTOS DECORRENTES DE DOENÇAS, SERÁ DE 90 (NOVENTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BILHETE DE SEGURO, E ESTARÁ INDICADO NO BILHETE DE SEGURO.

CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo do reembolso das despesas ou da prestação de serviço, na ocorrência do Evento Coberto, e respeitadas as demais disposições contratuais. O Capital Segurado da cobertura estará definido no Bilhete de Seguro.

5.2. 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.

5.3. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, referente ao Segurado Titular, cancelará automaticamente o Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 6 – DATA DO EVENTO

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

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:

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

CLÁUSULA 8 – SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO

8.1. Para utilizar esta Cobertura na forma de prestação de serviços, os familiares ou seu(s) representante(s), ou, se for o caso, o Segurado Titular, contará com a “Assistência 24 horas”, que pode ser acessada pelo(s) telefone(s) gratuito(s) constante(s) no Bilhete de Seguro, para receber a orientação sobre os procedimentos necessários para prestação do serviço.

8.2. A Seguradora enviará um representante que:

- a) Preparará toda a documentação necessária para o traslado do corpo; e
- b) Arcará com o custeio do traslado do corpo do local do óbito em território brasileiro até o local do sepultamento ou cremação no Brasil. **Esta cobertura não arcará com as despesas com o sepultamento ou a cremação.**

8.3. No caso da prestação de serviço, os custos serão pagos diretamente à prestadora de serviço, limitados ao valor do Capital Segurado contratado.

CLÁUSULA 9 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. A análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura se dará conforme definido na cláusula de LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS da Condição Especial para a Cobertura básica de Decessos/Funeral – DE ou Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC contratada pelo Segurado e indicada no Bilhete de Seguro.

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

9.3. 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 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das Condições Gerais.

CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS

10.1. 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 9 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.

10.2. 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 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 TRASLADO DE CORPO NACIONAL E INTERNACIONAL – TR-NI

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante pagamento do Prêmio adicional, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de Indenização mediante a prestação de serviços ou o reembolso das despesas, limitados ao valor do Capital Segurado contratado, com procedimentos de liberação, transporte e objetos imprescindíveis ao traslado do corpo do Segurado, diretamente **do local da ocorrência do falecimento, em qualquer parte do globo terrestre**, até o município brasileiro designado pela família, **limitado ao valor do Capital Segurado contratado, durante o período de Vigência do Seguro, observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.**
- 1.2. O serviço será prestado a partir da liberação do corpo pelas autoridades judiciais e/ou policiais, desde que não exista nenhum obstáculo físico, policial ou judicial que impeça a sua remoção do local do falecimento em âmbito geográfico internacional.

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais, também se aplicam à presente Cobertura, as definições da Condição Especial da Cobertura básica de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC e da Cobertura básica de Decessos/Funeral – DE.

CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, SUBITEM 2.1.2 E DA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA:
 - 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 NO BILHETE DE SEGURO;
 - C) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA QUE NÃO ESTEJAM RELACIONADAS DIRETAMENTE COM O TRASLADO OU NÃO PREVISTAS NESTA COBERTURA. CASO A OPÇÃO SEJA PELA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E TAL SERVIÇO SEJA PRESTADO, NÃO SERÃO REEMBOLSADAS QUAISQUER DESPESAS REALIZADAS;
 - D) AS DESPESAS RELATIVAS AO FUNERAL, SEPULTAMENTO OU CREMAÇÃO DO CORPO, ÓRGÃOS OU MEMBROS DO CORPO HUMANO;
 - E) TRASLADO DE ÓRGÃOS OU MEMBROS DO CORPO HUMANO; E
 - F) DESPESAS COM OS SERVIÇOS DECORRENTES DO PLANO FUNERÁRIO EVENTUALMENTE CONTRATADO.

CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 4.1. Esta Cobertura abrange os Eventos Cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre. A prestação de serviço de traslado de corpo será prestada até o município brasileiro designado pela família do Segurado, dentro do território nacional.

5.1. O PERÍODO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA, PARA OS EVENTOS DECORRENTES DE DOENÇAS, SERÁ DE 90 (NOVENTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BILHETE DE SEGURO, E ESTARÁ INDICADO NO BILHETE DE SEGURO.

CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo do reembolso das despesas ou da prestação de serviço, na ocorrência do Evento Coberto, e respeitadas as demais disposições contratuais. O Capital Segurado da cobertura estará definido no Bilhete de Seguro.**
- 6.2. A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAREM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO ESSES DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURO.**
- 6.3. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, referente ao Segurado Titular, cancelará automaticamente o Bilhete de Seguro.**

CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO

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

CLÁUSULA 8 – TÉRMINO DA COBERTURA

- 8.1. 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:**
 - a) Com o falecimento do Segurado Titular e pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;
 - e
 - b) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

CLÁUSULA 9 – SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO

- 9.1. Para utilizar esta Cobertura na forma de prestação de serviços, os familiares ou seu(s) representante(s), ou, se for o caso, o Segurado Titular, contará com a “Assistência 24 horas”, que pode ser acessada pelo(s) telefone(s) gratuitos constante(s) no Bilhete de Seguro, para receber a orientação sobre os procedimentos necessários para prestação do serviço.**
- 9.2. A Seguradora enviará um representante que:**
 - a) Preparará toda a documentação necessária para o traslado do corpo; e
 - b) Arcará com o custeio do traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento ou cremação no Brasil. **Esta cobertura não arcará com as despesas com o sepultamento ou a cremação.**
- 9.3. No caso da prestação de serviço, os custos serão pagos diretamente à prestadora de serviço, limitados ao valor do Capital Segurado contratado.**

10 CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. A análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura se dará conforme definido na cláusula

de LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS da Condição Especial para a Cobertura básica de Decessos/Funeral – DE ou Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC contratada pelo Segurado e indicada no Bilhete de Seguro.

- 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 – REGULAÇÃO E 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.
- 11.2. 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 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 SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, quando contratada pelo Segurado Titular, mediante o pagamento de Prêmio adicional, garante a inclusão de seu cônjuge/Companheiro(a) como Segurado Dependente no Bilhete de Seguro, participando das Coberturas indicadas na CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS desta Condição Especial, desde que contratadas para o próprio Segurado Titular, **observados os Riscos Excluídos e as demais disposições contratuais.**
- 1.2. As Coberturas contratadas para o dependente cônjuge/Companheiro(a) estarão indicadas no Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS

- 2.1. O Segurado Dependente cônjuge/Companheiro(a) 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 básica de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC, somente no plano Casal, Familiar Básico ou Familiar Completo;
 - d) Cobertura básica de Decessos/Funeral – DE, somente no plano Casal, Familiar Básico ou Familiar Completo;
 - e) Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA;
 - f) Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA;
 - g) Cobertura adicional de Aquisição de Jazigo – AJ, somente se contratado plano Casal, Familiar Básico ou Familiar Completo para as Coberturas básicas de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou Decessos/Funeral – DE;
 - h) Cobertura adicional de Traslado de Corpo Nacional Amplo – TR-N-AMPLO, somente se contratado plano Casal, Familiar Básico ou Familiar Completo para as Coberturas básicas de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou Decessos/Funeral – DE; e
 - i) Cobertura adicional de Traslado de Corpo Nacional e Internacional – TR-NI, somente se contratado plano Casal, Familiar Básico ou Familiar Completo para as Coberturas básicas de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou Decessos/Funeral – DE.
- 2.2. Equipara-se ao cônjuge, a(o) Companheiro(a) do Segurado, que assim comprovar sua condição nos termos do estabelecido no item 2.9 da CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais.
- 2.3. Não pode ser incluído por meio desta cláusula suplementar, o cônjuge/Companheiro(a) que possua Bilhete de Seguro ativa neste mesmo plano de seguro, independentemente desta cláusula.

CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, 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

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

CLÁUSULA 5 – FRANQUIA

5.1. A FRANQUIA ESTARÁ ESTABELECIDA NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS CONTRATADAS PELO SEGURADO TITULAR E ESTENDIDAS AO SEGURADO DEPENDENTE CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A).

CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA

6.1. A CARÊNCIA ESTARÁ ESTABELECIDA NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS CONTRATADAS PELO SEGURADO TITULAR E ESTENDIDAS AO SEGURADO DEPENDENTE CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A).

CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO

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

7.2. O Capital Segurado do dependente cônjuge/Companheiro(a) será estabelecido pelo Segurado Titular e estará indicado no Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO

8.1. 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 9 – TÉRMINO DAS COBERTURAS

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, a Cobertura do Segurado Dependente cônjuge/Companheiro(a) terminará obrigatoriamente:

- a) Pelas situações indicadas na cláusula TÉRMINO DA COBERTURA das Condições Especiais da cobertura contratada para o Segurado Titular e extensível ao Segurado Dependente;
- b) Quando for cancelada, por qualquer motivo, a Cobertura contratada para o Segurado Titular;
- c) No caso de cancelamento da respectiva cobertura;
- d) No caso de separação de fato ou judicial e/ou divórcio do casal;
- e) Com o fim da condição estabelecida no item 2.13 da CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais, quando se tratar de Companheiro(a);
- f) No caso de cancelamento do registro, quando se tratar de Companheiro(a), e/ou pelo fim da convivência conjugal; e
- g) 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 – REGULAÇÃO E 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:
- a) 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;
 - b) 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 – REGULAÇÃO E 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.** Nas demais Coberturas contratadas para o Segurado Dependente, o Beneficiário será aquele definido na Condição Especial da respectiva Cobertura.
- 11.2.1.** 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.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S) FILHO(S) E/OU ENTEADO(S)

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, quando contratada pelo Segurado Titular, mediante o pagamento de Prêmio adicional, garante a inclusão de seu(s) Filho(s) e/ou enteado(s) como Segurado Dependente no Bilhete de Seguro, participando das Coberturas indicadas na CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS dessa Condição Especial, desde que contratadas para o próprio Segurado Titular, **observados os Riscos Excluídos e as demais disposições contratuais.**
- 1.2. As Coberturas contratadas para o dependente Filho e/ou enteado estarão indicadas no Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS

- 2.1. O Segurado Dependente Filho 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 básica de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC, somente no plano Familiar Básico ou plano Familiar Completo;
 - d) Cobertura básica de Decessos/Funeral – DE, somente no plano Familiar Básico ou plano Familiar Completo;
 - e) Cobertura adicional de Aquisição de Jazigo – AJ, somente se contratado plano Familiar Básico ou plano Familiar Completo para as Coberturas básicas de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou Decessos/Funeral – DE;
 - f) Cobertura adicional de Traslado de Corpo Nacional Amplo – TR-N-AMPLO, somente se contratado plano Familiar Básico ou plano Familiar Completo para as Coberturas básicas de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou Decessos/Funeral – DE; e
 - g) Cobertura adicional de Traslado de Corpo Nacional e Internacional – TR-NI, somente se contratado plano Familiar Básico ou plano Familiar Completo para as Coberturas básicas de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou Decessos/Funeral – DE.
- 2.2. O(s) Filho(s) e/ou enteado(s) do Segurado Titular que estão cobertos por esse seguro são os dependentes que se enquadram nas condições estabelecidas no item 2.29 da CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais.
- 2.3. Para os menores de 14 (quatorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a extensão de Coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado Titular ou Dependente, 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.
- 2.4. Não haverá Cobertura com base na condição estabelecida no item acima caso tenha sido contratado o plano Familiar Básico ou Familiar Completo das Coberturas básicas de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou Decessos/Funeral – DE e esta for acionada em consequência da morte do Dependente Filho ou Enteado.

-
- 2.5. Quando ambos os cônjuges participarem do mesmo plano de seguro, seus Filhos serão considerados dependentes apenas do cônjuge de maior Capital Segurado, ou no caso de equivalência, exclusivamente de um dos Segurados, isso porque cada Filho estará incluído (e consequentemente coberto) apenas uma vez.
 - 2.6. Não podem ser incluídos por meio desta cláusula suplementar, os Filhos que possuam Bilhete de Seguro ativo neste mesmo plano de seguro, independentemente desta cláusula.
 - 2.7. Essa Cobertura é extensiva aos natimortos, quando houver a realização do funeral.

CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, 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 FILHO E/OU ENTEADO.

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 – FRANQUIA

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

CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO

- 7.1. 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 do Segurado Dependente.
- 7.2. O Capital Segurado do dependente Filho e/ou enteado será estabelecido pelo Segurado Titular e estará indicado no Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO

- 8.1. 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 e/ou enteado.

CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DAS COBERTURAS

- 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, a Cobertura de qualquer Segurado Dependente terminará obrigatoriamente:
- a) Pelas situações indicadas na cláusula TÉRMINO DA COBERTURA das Condições Especiais da cobertura contratada para o Segurado Titular e extensível ao Segurado Dependente;
 - b) No caso de cancelamento da respectiva cobertura;
 - c) Quando for cancelada, por qualquer motivo, a Cobertura contratada para o Segurado Titular; e
 - d) Quando o(s) Filho(s) ou enteado(s) perderem a condição de dependente, prevista na definição do item 2.29 da CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais.

CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1. Além dos documentos indicados no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E 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.

- 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 – REGULAÇÃO E 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.
- 11.2.1. 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.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE AGREGADO

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, quando contratada pelo Segurado Titular, mediante o pagamento do Prêmio adicional, permite a extensão das Coberturas indicadas na CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS desta Condição Especial ao(s) Segurado(s) Dependente(s) Agregado(s), desde que o Segurado Dependente esteja em perfeitas condições de saúde, respeitando as condições estabelecidas no item 2.54 da CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais, observados os Riscos Excluídos e as demais disposições contratuais.
- 1.2. As Coberturas que forem contratadas para o dependente agregado estarão indicadas no Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS

- 2.1. O limite máximo de idade para aceitação do Segurado Dependente Agregado será de 80 (oitenta) anos, na data de inclusão no seguro.
- 2.2. Essa cobertura seguirá o plano escolhido para a Cobertura de Decessos e indicado no Bilhete de Seguro. Dessa forma, o(s) Segurado(s) Dependente(s) Agregado(s) poderão participar nas seguintes Coberturas, desde que contratadas pelo Segurado Titular:
 - a) Cobertura básica de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC, somente no plano Familiar Completo;
 - b) Cobertura básica de Decessos/Funeral – DE, somente no plano Familiar Completo;
 - c) Cobertura adicional de Aquisição de Jazigo – AJ, somente se contratado o plano Familiar Completo para as Coberturas básicas de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou Decessos/Funeral – DE;
 - d) Traslado de Corpo Nacional Amplo – TR-N-AMPLO, somente se contratado o plano Familiar Completo para as Coberturas básicas de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou Decessos/Funeral – DE; e
 - e) Traslado de Corpo Nacional e Internacional – TR-NI, somente se contratado o plano Familiar Completo para as Coberturas básicas de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou Decessos/Funeral – DE.

CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, 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(S) SEGURADO(S) DEPENDENTE(S) AGREGADO(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(s) Segurado(s) Dependente(s) Agregados(s).

CLÁUSULA 5 – FRANQUIA

5.1. A FRANQUIA ESTARÁ ESTABELECIDA NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS CONTRATADAS PELO SEGURADO TITULAR E ESTENDIDAS AO(S) SEGURADO(S) DEPENDENTE(S) AGREGADOS(S).

CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA

6.1. A CARÊNCIA ESTARÁ ESTABELECIDA NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS CONTRATADAS PELO SEGURADO TITULAR E ESTENDIDAS AO(S) SEGURADO(S) DEPENDENTE(S) AGREGADOS(S).

CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO

7.1. 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 do Segurado Dependente, **sendo estabelecido no Bilhete de Seguro.**

CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO

8.1. 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 ao(s) Segurado(s) Dependente(s) Agregados(s).

CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DAS COBERTURAS

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, a Cobertura de qualquer Segurado Dependente terminará obrigatoriamente:

- a) Pelas situações indicadas na cláusula TÉRMINO DA COBERTURA das Condições Especiais da cobertura contratada para o Segurado Titular e extensível ao Segurado Dependente;
- b) No caso de cancelamento da respectiva cláusula;
- c) Quando for cancelada, por qualquer motivo, a Cobertura contratada para o Segurado Titular; e
- d) Com o falecimento do dependente agregado.

CLÁUSULA 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Além dos documentos indicados no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E 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, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados que comprovem o vínculo de Segurado Dependente Agregado indicado no item 2.49 da CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais.

a.1) No caso de Sinistro com Pai e/ou Mãe do Segurado Titular:

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

a.2) No caso de Sinistro com Pai e/ou Mãe do Segurado Dependente Cônjugue/Companheiro(a):

- i. Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros ou da Certidão de Nascimento, cópia do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do Segurado Titular;
- ii. Cópia do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, ou Cópia da Certidão de Nascimento Segurado Dependente Cônjugue;
- iii. Cópia da Certidão de Casamento do Segurado atualizada; e
- iv. 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 Segurado Dependente cônjugue/Companheiro(a).

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 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das Condições Gerais.

CLÁUSULA 11 – BENEFICIÁRIOS

11.1. O Beneficiário será aquele definido na Condição Especial da respectiva Cobertura contratada para o Segurado Titular e extensível ao Segurado Dependente, conforme indicado no Bilhete de Seguro.

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.